



**UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL
DE USUARIO CON DEPENDENCIA SEVERA ADSCRITO
AL CONSULTORIO VIOLETA PARRA - CHILLÁN**

**AUTORES : Burgos Garrido Paola
Figueroa Rodríguez Viviana
Fuentes Verdugo Mauricio
Quijada Hernández Ingrid**

**DOCENTE GUÍA:
Sra. Elena Espinoza Lavoz, Magíster en
Enfermería, mención Salud Comunitaria**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN - CHILE
2008**

DEDICATORIAS

A Dios; a mis padres, por darme su constante apoyo en los momentos que los necesité; a mis hermanos por su continua preocupación; a mi tía por animarme y hacer parte suya mi trabajo y a mi pololo por su ayuda en esta etapa.

Paola Burgos Garrido

A Dios quien guía mi camino, a mis padres que me han brindado su apoyo y amor incondicional, a mis hermanas, a los verdaderos amigos con los cuales he compartido penas y alegrías, a mis compañeros tesisistas y a todos aquellos que me han acompañado, en el logro de este objetivo.

Viviana Figueroa Rodríguez.

A mis Padres por confiar en mí dándome la oportunidad de llevar a cabo este sueño, a mi hermanita Camila, a todos aquellos que me han acompañado y apoyado con su amistad incondicional, sobre todo en los momentos difíciles, al amor de mi vida, por ser un pilar fundamental en este trayecto que ya llega a su fin, para así comenzar uno nuevo lleno de expectativas y sueños.

Mauricio Fuentes Verdugo.

A la estrella más brillante de las constelaciones, mi mamita; que desde el cielo me dio la capacidad de levantarme aún cuando las esperanzas se extinguían y siempre estar a mi lado. A mi Tío Ale agradezco sus palabras de aliento y demostraciones de cariño que permitieron que sea quien soy hoy en día. A mi hermana por su amor incondicional. Y por último a mis amigas por su comprensión y entrega desinteresada.

Ingrid Quijada Hernández.

AGRADECIMIENTOS

Por su colaboración y apoyo en la realización de este proyecto, agradecemos a:

- Consultorio Violeta Parra de Chillán, por facilitarnos la información necesaria para nuestra investigación; especialmente a su Directora Sra. Pamela Zamudio y Enfermera Supervisora Sra. Adriana Hernández Espinoza.
- Consultorio San Ramón Nonato de Chillán, por proporcionar los datos necesarios para la realización de nuestra prueba piloto.
- Sra. Elena Espinoza Lavoz, E.U. Docente Universidad del Bio- Bio, por su guía e incondicional apoyo en el desarrollo de este proyecto.
- Sra. Viviana Méndez Villarroel, E.U. Asesora del Departamento de Redes Asistenciales del Servicio de Salud Ñuble, por orientarnos en la toma de decisión de nuestro tema.
- Sr. Nelson García Araneda, Licenciado en Trabajo Social, Diplomado en Educación, Magíster en Ciencias Sociales aplicadas. Docente del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Bío-Bío, Chillán, por proporcionarnos información valiosa para nuestra investigación.
- Los Cuidadores de Usuarios con dependencia severa adscritos en el Consultorio Violeta Parra de Chillán, por su colaboración y disposición en esta investigación.
- Nuestras familias, amigos y a todos quienes de alguna forma contribuyeron en la realización de nuestra tesis.

RESUMEN

Estudio descriptivo transversal, cuyo propósito fue identificar el nivel de conocimiento del cuidador informal (CI) de usuario con dependencia severa adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán. El universo estuvo conformado por 58 CI, del que se obtuvo una muestra de 40 cuidadores que cumplieran con los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados en mayo de 2008 a través de visitas domiciliarias, donde se aplicó instrumento compuesto de 5 ítems: Antecedentes demográficos del CI, Prestaciones otorgadas por el centro de salud, Evaluación del Conocimiento para CI, Sub-Escala de Depresión de Goldberg y Entrevista sobre la carga del Cuidador de Zarit. La prueba piloto se realizó en el Consultorio San Ramón Nonato, Chillán.

La investigación se sustentó en la Teoría de Virginia Henderson.

Los resultados demuestran que 57% de los cuidadores poseen nivel de conocimiento regular. El 97% corresponde a mujeres, 59% tiene 35-64 años, 32% tiene estudios básicos incompletos, 52% corresponde dueñas de casa, 55% presenta depresión; el 72% percibe su situación económica como regular y el 34% desempeña la labor del cuidado entre 1 y 5 años. 55% de los cuidadores presentan sobrecarga. Un 92% recibió visitas del profesional de enfermería y 97% del técnico paramédico y, 40% informa no haber participado de las capacitaciones realizadas por el centro asistencial.

Se utilizó el programa informático Excel para procesar los datos y análisis estadístico, se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, Cuidador Informal, Dependencia severa

ABSTRACT

Transversal descriptive investigation whose objective was identifying the informal caregiver's knowledge level of patient with severe dependence enrolled in the the Consultorio Violeta Parra de Chillán. Universe constituted by 59 informal caregiver (CI), of which was obtained a sample of 40 CI. Data were collected May 2008, through home visits, where a questionnaire was applied composed for 5 items: Demographic antecedents of the informal caregiver, Lendings gave by health center, Knowledge evaluation for informal caregiver, Goldberg's Sub- scale of depression, Zarit's interview of caregiver mental burden. Previous to data a pilot test was realized in the Consultorio San Ramón Nonato, Chillán. Investigation was supported in Virginia Henderson's Theory.

Data obtained concluded that 57% of the respondents, have a regular knowledge level. From 97% of women; 59% is between 35-64 years old; 32% has incompleting elementary studies; 52% is housewife; 55% presents depression; 72% perceive his actual economic situation as regular and 34% is dedicated to this task between 1 and 5 years. 73% of people that overburden, classified in the range of intensive overburden;. 92% received professional visits of nurses and a 97% of paramedic technicians. 40% informs that has not participated in education realized by assistance center.

Informatic program Excel was utilized to database and statistic analysis. Frequencies, percentages and central tendency measure were utilized because of that this investigation is .

Key word: Knowledge level, Informal caregiver, Severe dependence.

1 INTRODUCCIÓN

Las personas necesitan atención desde que nacen hasta que mueren; cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social. Lo ideal es promover el cuidado de uno mismo, pero en algunas situaciones no es posible hacerlo.

En la historia de los cuidados se distinguen diferentes etapas, por ejemplo, la doméstica, conocida así por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto; el objetivo prioritario de atención de la cuidadora era el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio; alrededor de cada mujer en la familia, se entrelazaban y elaboraban las prácticas rituales tendientes a asegurar la vida, su promoción y continuidad. Posteriormente, con el auge del Cristianismo se impulsó el desarrollo de los cuidados que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido. Rápidamente florecieron congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos; las primeras fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar un trabajo social; destacaron como más importantes: las diaconisas, las viudas, las vírgenes, las matronas ⁽¹⁾, la “meica” o machi de nuestro pueblo mapuche ⁽²⁾. Otra de las mujeres que se destacó en la historia fue Florence Nightingale, enfermera inglesa quien se hizo célebre prestando cuidados a los enfermos en los hospitales y a los heridos durante la guerra ⁽³⁾. Es por ello que se considera que este papel ha sido desarrollado principalmente por las mujeres, asumiendo un rol vital y protagónico para entregar los cuidados necesarios.

Con el paso del tiempo esta situación se ha visto modificada por los avances técnicos y científicos que han dado lugar al cuidador formal, persona ajena al núcleo íntimo del individuo, que desarrollan la actividad de cuidar de una manera académica y profesional, siendo ésta remunerada. Por otra parte, se encuentra el

CI, persona proveniente del círculo familiar o vecinal, que asume los cuidados de las personas no autónomas que están a su alrededor, desarrollando una función fundamental en nuestra sociedad.

En la actualidad la familia es quien proporciona, en mayor medida, los cuidados que requieren las personas dependientes, y es principalmente el CI el que ayuda a cubrir las necesidades que el usuario no puede satisfacer por sí mismo, viviendo con frecuencia situaciones a la que se enfrentan como un problema. Es allí donde radica la importancia del nivel de conocimiento que posean; para ello los centros de salud entregan orientaciones, apoyo a la capacitación, realizan evaluaciones y monitoreos del cumplimiento del programa; además de formar una triada asistencial con el usuario y el CI, la que debe cumplir con roles que además de ser complementarios, ayudan al cuidador en sus tareas complejas asociadas al cuidado integral.

En Chile, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), a Diciembre del 2006 los usuarios postrados eran 31.271, en la Octava región 17.762 y en la Provincia de Ñuble 674. Se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados, corresponde a cuidados de tipo informal, lo que es concordante con el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (FONADIS - INE, 2004) el cual establece que para las personas con discapacidad el 68.71% de los apoyos fueron provistos por un familiar ⁽²⁾.

Hay muchas herramientas que facilitan el trabajo del cuidador informal, por lo que es importante recordar que su tarea se puede ver facilitada gracias a la adquisición de conocimientos básicos del cuidar, para así mejorar la calidad de vida tanto del usuario con dependencia como de su núcleo familiar.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El cuidado humanizado de las personas con dependencia severa constituye una de las tareas sociales pendientes más urgentes; en este sentido, la iniciativa de entregar un apoyo a las familias que ejercen su cuidado, viene a constituir una señal importante de reconocimiento del rol de apoyo terapéutico del cuidador y del desgaste que el ejercicio de éste genera no tan sólo en el cuidador, sino que en todo el entorno familiar. Ser cuidador familiar de una persona con dependencia es una experiencia que transforma la vida y requiere conocimiento, valor y paciencia para ejercer su tarea de manera hábil; pudiendo incrementarse si recibe la orientación adecuada ⁽⁴⁾. El temor por el desconocimiento de la enfermedad y demandas físicas, falta de pericia para manejar las diferentes necesidades y reacciones emocionales del paciente y de la familia, pueden hacer aún más difícil su tarea. Es ahí donde surge la necesidad de que los profesionales de enfermería elaboren un plan de cuidados no sólo para el usuario sino también para el CI; asumiendo un papel protagónico en la ejecución de programas asistenciales, educativos y de apoyo con relación a la preparación de los cuidadores familiares para el trabajo que deben asumir en el cuidado de la persona con dependencia severa ⁽⁵⁾.

La enfermería es un pilar indispensable en el cuidado, ya que éste es la base de la profesión. Cuidar es y será siempre necesario, una forma fundamental de ser, no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de toda la sociedad ⁽⁶⁾.

Por lo anterior, se considera que la implementación de los programas ministeriales brinda al CI nuevos conocimientos para otorgar una mejor calidad de vida a los usuarios con dependencia severa; sin embargo, el sistema de salud actual continúa centrado en la atención de enfermedades, por lo que se requiere una renovación en este tema, proporcionando ayuda tanto social, psicológica y

económicamente, como también en el conocimiento del cuidado y así potenciar esta red informal cuyo futuro es incierto y asegurar un cuidado de calidad al usuario postrado. Es por ello, que los autores de esta tesis han encontrado de gran relevancia la ejecución del presente estudio orientado a identificar el nivel del conocimiento de los CI, que proveen específicamente atención a personas con dependencia severa en nuestro país, y de esta forma poder intervenir oportunamente, realizando capacitación en el cuidado, ayudando al cuidador en la toma de decisiones, disminuyendo la ansiedad y permitiéndole actuar con seguridad ante la adversidad, por ende prevenir complicaciones futuras del cuidador.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN.

1.2.1 PROBLEMA

¿Cuál es Nivel de conocimiento del Cuidador Informal de usuario con dependencia severa, adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán?

1.2.2 PROBLEMATIZACIÓN

Cuáles son las características demográficas del CI

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.
- Situación económica actual.
- Situación laboral.

Cuáles son los antecedentes de salud del CI

- Tiempo que ha cuidado al usuario.
- Grado de sobrecarga.
- Depresión.

Cuáles son las prestaciones otorgadas por el centro de salud

- Apoyo del equipo de cabecera.
- Número de visitas domiciliarias anteriores por parte del equipo de cabecera.
- Número de capacitaciones previas

1.3 MARCO TEÓRICO – MARCO EMPÍRICO

1.3.1 MARCO TEÓRICO

El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad ⁽²⁾.

El cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales ⁽⁷⁾. A partir de esta definición, se impone la diferenciación entre cuidadores formales e informales; cuidador formal, persona capacitada que entrega servicios de cuidado a otros que presentan alguna discapacidad, recibiendo una remuneración. El CI o principal, es aquella persona vinculada por lazos familiares con el individuo dependiente, que desarrolla acciones cotidianas del ámbito doméstico con el objeto de mantener el funcionamiento integral y autónomo, incluyendo la asistencia de cuidados a personas de los diferentes grupos etáreos y no únicamente a adultos mayores ⁽²⁾.

El cuidador, desarrolla un sistema de actividades para garantizar una mejor calidad de vida a aquellas personas que se encuentran imposibilitadas de llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD); entendiéndose por éstas, las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para la subsistencia y autocuidado. Entre ellas se pueden diferenciar:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño.
- Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Llamadas así, porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, cuidado de la casa,

salir de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos ⁽⁸⁾.

La autonomía se mide utilizando el Índice de Katz, con el que se evalúa la independencia o dependencia funcional del paciente según las AVD, basándose en el estado actual y no en la habilidad que tenga; dando como resultado:

- Independiente: Habilidad para funcionar sin supervisión, dirección o asistencia personal activa ⁽⁹⁾.
- Dependencia: estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referente al cuidado ⁽¹⁰⁾.
- Dependencia leve: aquel estado que no precisa ayuda o la utiliza sólo para un componente de actividad.
- Dependencia Moderada: requiere de asistencia para más de un componente de la actividad con ayuda o supervisión.
- Dependencia Severa o Postrado: necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad. ⁽¹¹⁾

Se han propuesto diferentes modelos teóricos sobre el tipo de relación existente entre sistema formal e informal de cuidado. El llamado modelo de complementariedad o de especificidad de tareas plantea que CI y proveedores formales de servicios proporcionan diferentes tipos de cuidados, en función de sus distintas características. Según el modelo de sustitución o jerárquico compensatorio, cada grupo presta asistencia cuando otra fuente anterior en la escala de preferencia, no está disponible. En el caso más estudiado (el de los ancianos), la familia es la proveedora preferente de cuidados, seguida de amigos,

vecinos y utilizado como último recurso el sistema formal donde su uso no sólo está determinado por necesidades de salud, sino por la disponibilidad de apoyo informal. Otros autores proponen un *modelo holístico*, en el que existe una estrecha interrelación entre sistema formal, cuasiformal (voluntariado, grupos de ayuda mutua, etc.) e informal ⁽¹²⁾.

En el modelo de cuidador como recurso, el sistema formal considera el bienestar del cuidador de forma marginal o bien lo ignora totalmente. En el modelo de cuidador como cliente, el cuidador es un foco de atención (junto con la persona dependiente) para los profesionales; en este modelo se tiene en cuenta el bienestar del cuidador por sí mismo, y se reconoce que puede existir conflicto de intereses, de tal manera que lo mejor para el bienestar de la persona dependiente no siempre coincide con lo mejor para el bienestar del cuidador ⁽¹³⁾.

Los cuidadores informales, constituyen uno de los recursos más significativos para garantizar una atención de calidad, es por ello que el profesional de enfermería debe adoptar un modelo que obliga a valorar y recoger la información necesaria sobre el cuidador para así saber en qué educar o reforzar la educación. Por esta razón, es importante dotarse de instrumentos de valoración que permitan estandarizar una línea de pensamiento que garantice una buena recogida de datos.

Dentro de los distintos modelos de enfermería, Virginia Henderson conceptualiza al individuo como un todo que tiende a la independencia y para ello debe cubrir 14 necesidades fundamentales, dentro de las cuales se encuentra la necesidad de aprender (anexo IV). El objetivo de la enfermera que sigue este modelo es la independencia en la satisfacción de las necesidades, a través de acciones adecuadas que realiza el propio usuario o que otros hacen por él. Las intervenciones del profesional de enfermería se centran en recolectar, conocer y evaluar las fuentes de dificultad, refiriéndose en el área del aprendizaje a la falta

de conocimiento; además con este modelo es posible planificar y ejecutar las actividades que son consecuencia de un proceso que se inició en la recogida de datos y que da sentido al actuar del profesional de enfermería ⁽¹⁴⁾.

En Chile, el cuidado de las personas con dependencia severa está influido por las tendencias demográficas, las condiciones familiares, las características culturales y las políticas sociales y de salud implementadas por el Estado. El Ministerio de salud el año 2007 aprobó el Programa de apoyo al cuidado Domiciliario de personas de toda edad con discapacidad severa o pérdida de autonomía conocido con el nombre de Medida B6, que forma parte de las 36 acciones definidas por el Gobierno, en donde una de sus tareas de operacionalización, apunta a dar un plan de apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia severa como una manera de aportar en el conocimiento de éste, a través de talleres de entrenamiento y/o asesoramiento directo en el domicilio en técnicas de manejo básico y apoyo psicosocial; éste fue definido sobre la base del conocimiento del número creciente de personas discapacitadas severas que están siendo atendidas por su entorno familiar y comunitario, resultando en muchos casos, un cuidado inadecuado y una presión agobiante para la familia. Las acciones que este programa contempla, en primer lugar, a dar respuesta a una necesidad sanitaria básica: incrementar la calidad del cuidado que reciben las personas de cualquier edad con pérdida de autonomía beneficiarios del sistema público de salud y, en segundo lugar, a proporcionar un alivio a la familia, mejorando el ambiente socio-familiar y el equilibrio psicológico de sus miembros, incluido aquel que padece discapacidad. La medida B6, intenta dar señales de preocupación y de acción ante tareas que han permanecido encubiertas y desatendidas por las políticas sociales ⁽¹⁵⁾.

Dentro de las oportunidades que otorga el Programa se encuentran:

- Fortalecimiento del vínculo de los Equipos de Salud con las Familias y la Comunidad, en coherencia con el Modelo de Salud Familiar

- Mejorar la calidad del cuidado a los postrados.
- Reconocer y Potenciar la labor de los cuidadores en su tarea.
- Responsabilizar a los equipos de Salud de otorgar atención integral y continua a los postrados y a los cuidadores.
- Reconocimiento al trabajo realizado por las personas cuidadoras.
- Establecer redes de apoyo a los cuidadores a través de la estrategia comunitaria.
- Determinar prevalencia de la postración en la población a cargo y su realidad socioeconómica.

Los desafíos son:

- Mejoramiento progresivo de acuerdo a experiencias locales de este componente
 - Adecuación de instrumentos
 - Mejora de Registros
 - Simplificación del proceso de pago
- Necesidad de un control riguroso de la ejecución del Programa por los equipos locales y Servicios de Salud
 - Visitas Domiciliarias
 - Actualización mensual de planillas de cuidadores
 - Capacitación de cuidadores

En España, los CI proveen la mayor parte de los cuidados a las personas mayores dependientes, atendiendo al 72% de las personas que necesitan ayuda. El perfil del cuidador se caracteriza por ser el 83% mujeres, de las cuales el 61% manifiesta que no reciben ninguna ayuda, el 70% tienen más de 40 años (así el grupo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años), el 65% tiene un nivel de enseñanza muy bajo, el 75% no tienen actividad laboral y para el 63% de las que realizan un trabajo remunerado, éste es de jornada completa ⁽¹⁴⁾.

A medida que aumenta el número de CI, se deben crear estrategias que brinden apoyo, no sólo a nivel institucional sino especialmente en la comunidad y en la familia. Se ha señalado que en las dos últimas décadas se ha observado un crecimiento en el número de familias que deciden tomar la responsabilidad de cuidar a sus parientes con algún tipo de dependencia, exponiéndose a varios riesgos, ya que las tareas del cuidador se vuelven cada vez más complejas y abarca mayor cantidad de tiempo, afectando tanto su salud física como mental. Este aspecto genera necesariamente crecimiento en el volumen de personas que ofrecerán cuidado ya sea de tipo formal o informal, situación que lleva a pensar en generar mayor conocimiento sobre cómo se cuida y de qué forma se apoyará este proceso o tarea del cuidador por parte del personal de salud ⁽¹⁶⁾.

El cuidar de un familiar dependiente cambia la dinámica de los seres humanos, ya que los enfrenta a la imposición de nuevas metas que son inesperadas y afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico.

1.3.2 MARCO EMPÍRICO

Martins J. y cols. (2005), realizan un estudio exploratorio-descriptivo en el que pretendía identificar las necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos, en donde destaca la necesidad educativa por parte de los CI en relación a la enfermedad, agravamiento, terapia medicamentosa, dietas y ejercicios físicos. Deducen que el cuidado es una tarea llena de desafíos para el cuidador, pero que la educación en salud puede contribuir para la realización segura de éste, permitiendo que los involucrados en el proceso manifiesten sus reales necesidades y dialoguen con los profesionales de la salud, posibilitando acciones convenientes para ambos. Por ello, considera la acción educativa en salud como un proceso dinámico que tiene como objetivo la capacitación de los individuos y/o grupos en busca de mejores condiciones de salud para la población. No basta sólo con seguir normas recomendadas de cómo tener mejor salud o evitar las dolencias sin realizar una educación en salud como un proceso que estimule el diálogo, la indagación, la reflexión, el cuestionamiento y la acción compartida.

Se torna fundamental que el enfermero/a realice estrategias de educación para la salud, pero es preciso que él tenga el entendimiento integral al respecto de la salud y de la calidad de vida, valorando la historia de vida de la población, estimulando la autoconfianza, practicando la solidaridad, etc. Una intervención educativa puede contribuir para variaciones en el estilo de vida, favoreciendo el conocimiento y también promoviendo el aprendizaje de nuevas formas de cuidar (17).

Bañobre A. y cols., desde abril hasta octubre del 2003 realizan un estudio cuasiexperimental, para valorar la efectividad de una intervención educativa y la carga en los cuidadores de los pacientes dependientes en Tratamiento Renal Sustitutivo en el Complejo Hospitalario de Ourense. La comparación entre el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa, muestra que los CI

mejoraron de forma significativa los conocimientos generales ($p=0.018$), resaltan que un mayor tiempo como cuidador no se asocia a un mayor grado de conocimiento, lo que destaca la importancia de una educación temprana y continuada. Respecto a la sobrecarga percibida por el cuidador, según la escala de Zarit, arroja que el 80% de ellos no percibían una sobrecarga y a medida que el tiempo como cuidador avanza, disminuye la carga percibida ($p=0.02$).

Plantean la educación sanitaria como parte importante en el rol enfermero; una buena educación mejora la calidad de vida, es por ello que una de las metas de los profesionales de la enfermería en pacientes con patologías crónicas es conseguir que ellos y sus familiares tengan un nivel adecuado de conocimiento sobre su enfermedad y sus cuidados ⁽¹⁸⁾.

Baez M. y cols. (2004), en su tesis “Efectos de una intervención educativa en los conocimientos de los CI de enfermos dependientes”, obtuvieron como perfil del CI el predominio de mujeres, con edad promedio de 50 años; los años de estudios promedian en 7,5 años. El tiempo que lleva a cargo del enfermo son entre 5 y 10 años. Respecto a la medición de los conocimientos de los cuidadores, en la aplicación del test previo a la intervención educativa es de un 56,63% y el 68,8% de las personas tenían un conocimiento insuficiente. En el test aplicado post intervención educativa, el promedio es de 77,87% y el 43,8% de la muestra está en la clasificación de regular, destacando que todos los cuidadores muestran una mejoría en sus conocimientos, lo que se ratifica con los resultados mayores en los test post intervención (aumento promedio de 21,24%) ⁽¹⁹⁾.

Cassidy E. y cols. (1995 - 1998) estudia la Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. Participaron en el estudio 101 cuidadores a los que tres terapeutas experimentados educaban entregando información semanalmente durante siete sesiones de 2 horas. Antes de comenzar la serie de sesiones, se le aplicó un cuestionario de selección

múltiple, para evaluar su conocimiento sobre las causas, las características demográficas, el curso, los síntomas y el tratamiento de la esquizofrenia. Al finalizar las sesiones, nuevamente se les aplicó el cuestionario en donde se demostró que los cuidadores obtuvieron ganancias significativas ($p < 0,0001$) en su conocimiento sobre la esquizofrenia, con una ganancia media total de conocimiento del 22,4%. Con estos y otros datos se demostró que los programas educativos de grupo para los cuidadores de personas con esquizofrenia son eficaces en la transmisión de conocimiento, además de la modesta inversión en comparación con los beneficios potenciales ⁽²⁰⁾.

Jiménez M. en el año 2003 investigó 120 cuidadores de los pacientes del Servicio de Atención Domiciliaria; observó que en el perfil del CI la mayoría corresponde al sexo femenino (85.8%); respecto al grado de instrucción, sólo el 35.8% alcanzó a terminar estudios secundarios. La principal ocupación es la de dueña de casa (40.8%). El impacto del cuidado sobre la salud del cuidador determinó que el 87.6% refiere por lo menos una molestia asociada a su labor del cuidado, siendo las más referidas: alteraciones del sueño (33.3%), ansiedad (20.8%), aburrimiento (15.8%) y depresión (9.2%). El nivel de sobrecarga, medido según escala de Zarit, muestra que el 51.7% de los cuidadores se encuentra sin sobrecarga ⁽²¹⁾.

Ubierno C. y col., en los años 2001 y 2002 realizaron una investigación sobre el soporte de enfermería y la claudicación (alteraciones de la salud tanto física como emocional) del CI; la muestra fue de 65 cuidadores de ambos sexos de pacientes con enfermedad crónica, terminal o demencia. La investigación no encontró diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción sobre el soporte de enfermería hacia los CI y el riesgo de claudicar, siendo 42 los que presentan este riesgo correspondiendo a un 65%. Respecto al perfil del cuidador se observa que la media de edad es de 60 años, la mayoría corresponde a mujeres (86%), y el grado de sobrecarga que presenta tiene como media 61,20 puntos en la escala de Zarit ⁽²²⁾.

Garrido M. y cols. (2005), realizaron un estudio sobre la Calidad de vida de CI: agrupación Alzheimer Concepción, Chile; de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 18 personas quienes presentaron un perfil preferentemente integrado de mujeres, la mayoría dueñas de casa, estado civil casado(a). Además los encuestados se encuentran en el rango de 51 a 60 años de edad, beneficiarios de FONASA, teniendo un ingreso familiar que se sitúa en el rango de \$115.001 y \$650.001, se han dedicado a la labor de cuidado entre 1 a 5 años. Respecto a la calidad de vida en salud ésta se presenta favorable, siendo las áreas más afectadas por la labor del cuidado las dimensiones vitalidad y dolor corporal. En cuanto a la visión que tienen los cuidadores principales informales respecto de la influencia en su calidad de vida se aprecia una tendencia favorable (23).

Ginsberg J. y cols (2005) realizan un estudio de tipo no experimental, de corte transversal, sobre la relación entre el nivel de deterioro del paciente con diagnóstico de Demencia y la sensación de carga del cuidador. Considerando características personales de los cuidadores, como la edad, el estilo de personalidad y su relación con el paciente. Se empleó una muestra de 19 pacientes con demencia y sus respectivos cuidadores, de los cuales 11 eran informales y 8 formales. La investigación arrojó los siguientes resultados: de los pacientes evaluados 84,2% mostraron algún tipo de deterioro, además se observa una relación positiva entre el nivel de deterioro del paciente y la carga percibida por el cuidador, afirmando que a mayor nivel de deterioro, mayor carga percibida, también se concluyó que a mayor edad del cuidador, mayor sensación de carga, siendo la media de edad de los cuidadores de 40 años; respecto a la relación paciente - cuidador independientemente de cual sea, todos perciben algún nivel de carga. Finalmente se halló que los cuidadores presentan una personalidad sumisa, habituada al sufrimiento y a la humillación, con dificultades para darse cuenta de sus propias capacidades (24).

Bustamante M. y cols. (2004), en su tesis Satisfacción de los CI, en relación con la educación acerca de los cuidados del enfermo y el cuidador obtuvo un perfil de CI en el que el 94% corresponde al sexo femenino; 78% se encuentra en el rango de edad de 35 a 59 años, con un promedio de 50.4 años, con edades extremas de 23 y 75 años; el 43% de los encuestados tiene escolaridad básica incompleta y el 85% se desempeña como dueña de casa ⁽²⁵⁾.

1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Identificar el nivel de conocimiento del cuidador informal de usuario con dependencia severa, adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL I

Determinar el nivel de conocimiento del cuidador informal.

1.5.2 OBJETIVO GENERAL II

Determinar las características demográficas del cuidador informal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.5.2.1 Conocer el sexo del cuidador informal.

1.5.2.2 Conocer la edad del cuidador informal.

1.5.2.3 Conocer la escolaridad del cuidador informal.

1.5.2.4 Identificar la percepción de la situación económica actual del cuidador informal.

1.5.2.5 Identificar la situación laboral del cuidador informal.

1.5.3 OBJETIVO GENERAL III

Determinar las prestaciones otorgadas por el Centro de Salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.5.3.1 Conocer el apoyo multidisciplinario otorgado por el equipo de cabecera

1.5.3.2 Identificar el número de visitas domiciliarias anteriores por parte del equipo de cabecera.

1.5.3.3 Identificar el número de capacitaciones previas por parte del equipo de salud.

1.5.4 OBJETIVO GENERAL IV

Identificar los antecedentes de salud del cuidador informal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.5.4.1 Conocer el tiempo que ha cuidado al usuario con dependencia severa.

1.5.4.2 Establecer el nivel de sobrecarga del cuidador informal.

1.5.4.3 Identificar la existencia de depresión del cuidador Informal.

1.6 LISTADO DE VARIABLES

1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento

1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

1.6.2.1 Características demográficas

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Percepción económica
- Situación laboral

1.6.3 PRESTACIONES OTORGADAS POR EL CENTRO DE SALUD

- Apoyo multidisciplinario otorgado por el equipo de cabecera
- Número de visitas domiciliarias anteriores por parte del equipo de cabecera
- Número de capacitaciones previas

1.6.3.1 Antecedentes de salud del cuidador

- Tiempo que ha cuidado al usuario
- Nivel de sobrecarga del cuidador informal
- Depresión

2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio descriptivo, de corte transversal

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo conformado por 58 CI de usuario con dependencia severa adscritos al Consultorio Violeta Parra de Chillán.

La muestra estuvo formada por 40 CI que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron para este estudio a CI de usuarios:

- Con dependencia severa.
- Adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán.
- Perteneciente al programa postrados.
- No institucionalizado.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

CI de usuario con dependencia severa, adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó autorización al Director del Establecimiento, Enfermera Supervisora y Enfermera encargada del Programa Postrados, a través de carta de la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío Bío (anexo II).

Se incluyó carta de consentimiento informado para el CI (anexo II), en el que se señala: propósito de la investigación, participación voluntaria y confidencialidad de los datos.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Los datos se obtuvieron de la planilla del Consultorio Violeta Parra, “Registro del cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de la autonomía”.
- Se realizó visita domiciliaria a los cuidadores, explicándoles el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos y se solicitó su participación voluntaria.
- Aplicación del instrumento confeccionado por los autores de esta investigación “Nivel de conocimiento y perfil del CI de usuarios con dependencia severa” (anexo I, ítem I, II, y III)
- Aplicación de: Sub-escala de depresión de Goldberg y Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit (anexo I, ítem IV y V)

2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

El instrumento recolector consta de 5 ítems, siendo los tres primeros creados por los autores de esta investigación y los restantes, corresponden a la Sub-escala de Depresión de Goldberg y Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit. Todas heteroadministradas.

- **Ítem I:** “Antecedentes demográficos del CI”, conformado por 6 preguntas, cuyo objetivo es conocer el perfil del cuidador.
- **Ítem II:** “Prestaciones otorgadas por el centro de salud”, compuesta de 3 preguntas de selección múltiple en donde sólo se debe seleccionar una de las alternativas, a excepción de la pregunta número tres en la que puede ser más de una. El fin es conocer cantidad de visitas, quién las realizó y el número de capacitaciones previas.

- **Ítem III:** “Evaluación del Conocimiento para Cuidadores Informales de usuarios con Dependencia Severa”, compuesta de once preguntas basadas en el material educativo entregado por el Servicio de Salud Ñuble (SSÑ) a los encargados del plan de apoyo a los Cuidadores de Usuarios con diferentes niveles de dependencia.

Cada pregunta presenta tres alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta, asignándole un valor de un punto.

Su categoría es la siguiente:

- 0-6 : Malo
 - 7-9 : Regular
 - 10-11 : Bueno
-
- **Ítem IV:** Sub – Escala de Depresión de Goldberg fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993), conformada de 9 preguntas de respuesta dicotómica (Si/No); a cada respuesta afirmativa se le asigna un punto; si dentro de las 4 primeras existe por lo menos una respuesta afirmativa, se continúa con las 5 restantes. Al momento de aplicar la escala, se consideran los síntomas presentados en las últimas dos semanas, excluyendo los de leve intensidad. Tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%>) y valor predictivo positivo (95.3%>) adecuados.

Interpretación: Detecta probables casos

- Depresión : Cuidador tiene 2 o más respuestas afirmativas
- No depresión : Cuidador tiene 0 o 1 respuesta afirmativa

- **Ítem V:** Entrevista sobre la carga del Cuidador de Zarit, compuesta de 22 preguntas. Esta escala evalúa distintas áreas de la vida del cuidador: Salud física, psicológica, actividad social y recurso económico.

Cada pregunta tiene cinco alternativas, cuyas categorías y sus respectivos puntajes son los siguientes:

- 1 : Nunca
- 2 : Casi nunca
- 3 : A veces
- 4 : Frecuentemente
- 5 : Casi siempre

Resultados:

- Sin sobrecarga : 22-46 puntos
- Sobrecarga Leve : 47-55 puntos
- Sobrecarga intensa : 56-110 puntos.

2.7 PRUEBA PILOTO

Administrada a 10 CI de usuarios con dependencia severa adscritos al Consultorio “San Ramón Nonato” de Chillán, previa autorización del Director del establecimiento, Enfermera Supervisora y Enfermera encargada del Programa Postrados, además del Consentimiento Informado del CI. Todo esto con el objeto de verificar la comprensión del instrumento “Evaluación del Conocimiento para CI de usuarios con Dependencia Severa” y hacer los ajustes pertinentes.

2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se utilizó el Programa Microsoft Excel para organizar y procesar los datos obtenidos en los respectivos cuestionarios aplicados. Por ser un estudio descriptivo no se usaron pruebas estadísticas, sólo frecuencias, porcentaje y medidas de tendencia central.

3 ANÁLISIS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS VARIABLE DEPENDIENTE

Tabla N° 1: Nivel de conocimiento del cuidador informal

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	16	40
Regular	23	57
Malo	1	3
Total	40	100

Fuente: "Nivel de Conocimiento del CI de Usuarios con Dependencia Severa adscrito al Consultorio Violeta Parra - Chillán"

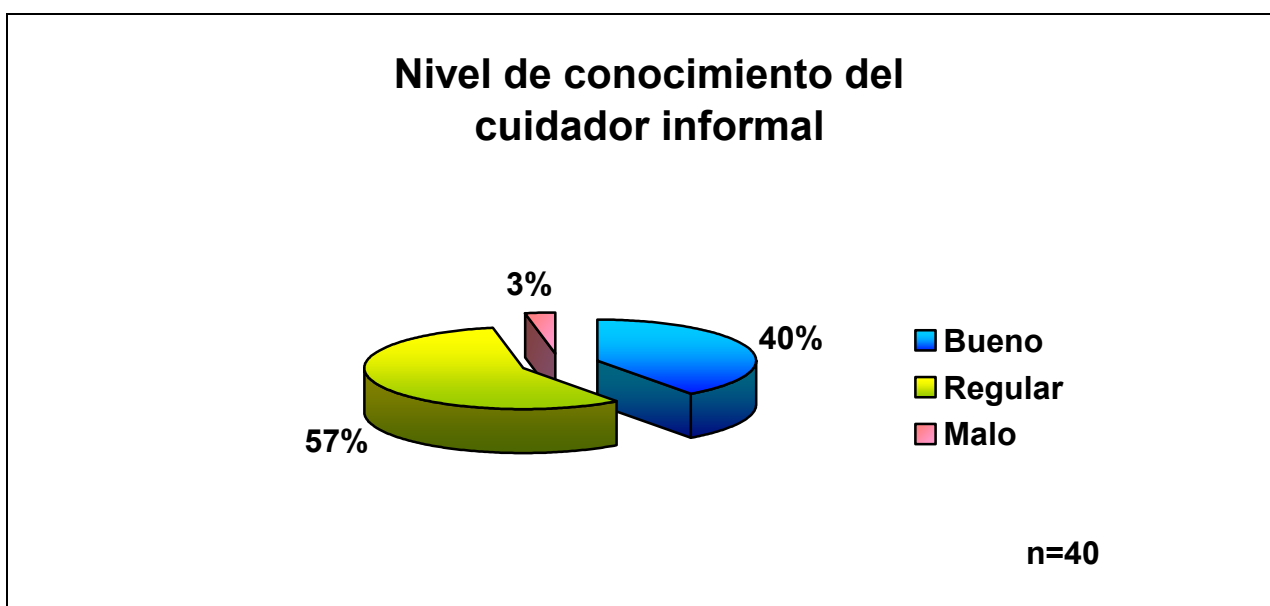


Gráfico 1

El 40% de los cuidadores informales tenía un nivel de conocimiento bueno, el 57% conocimiento regular, y el 3% restante un nivel de conocimiento malo.

Tabla N° 2: Conocimiento sobre Función del Sistema Digestivo

Preguntas	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1. Conocimiento sobre función del sistema digestivo	Buena	22	55
	Mala	18	45
Total		40	100
2. Conocimiento sobre importancia de la alimentación	Buena	39	97
	Mala	1	3
Total		40	100
3. Conocimiento sobre la posición que debe tener la persona para ser alimentada.	Buena	40	100
	Mala	0	0
Total		40	100
4. Conocimiento sobre cantidad de agua recomendable para beber diariamente	Buena	25	62
	Mala	15	38
Total		40	100

Fuente: Idem tabla 1

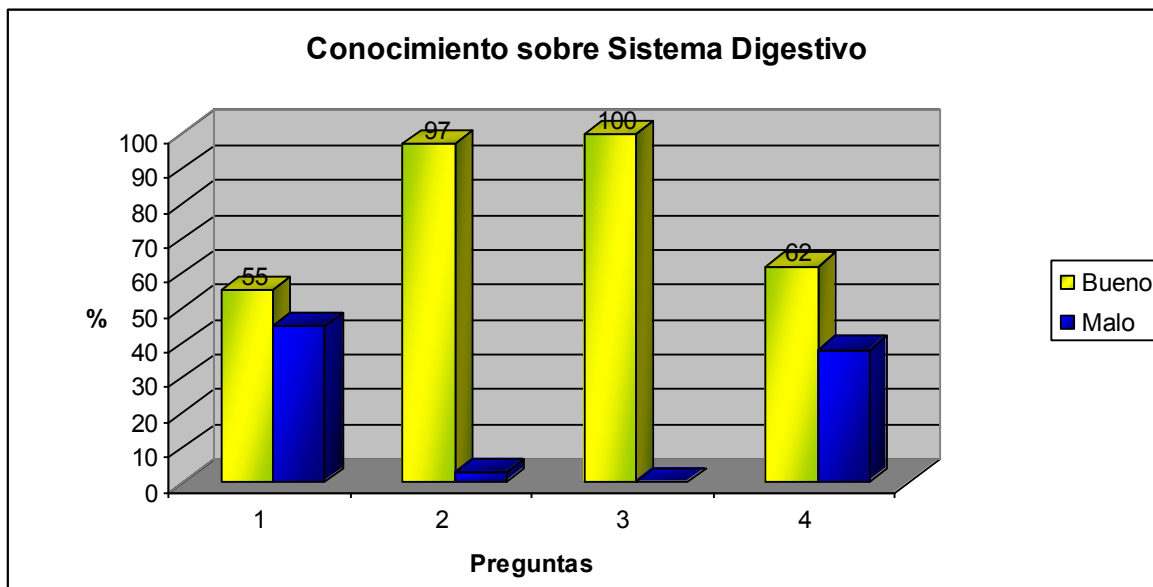


Gráfico 2

En las preguntas relacionadas al sistema digestivo, el 55% de las personas conoce la función de éste, el 97% de los encuestados reconoce la importancia de la alimentación para el individuo y el 100% responde correctamente a la pregunta sobre posición para alimentar al usuario postrado. Respecto a la cantidad de agua recomendada para beber diariamente, 62% de los cuidadores responde correctamente.

Tabla N° 3: Conocimiento Sobre Estitiquez

Preguntas	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1. Conocimiento sobre estitiquez	Buena	39	97
	Mala	1	3
Total		40	100
2. Conocimiento sobre alimentos que producen estitiquez	Buena	38	95
	Mala	2	5
Total		40	100
3. Conocimiento sobre el manejo de la estitiquez	Buena	22	55
	Mala	18	45
Total		40	100

Fuente: Idem tabla 1

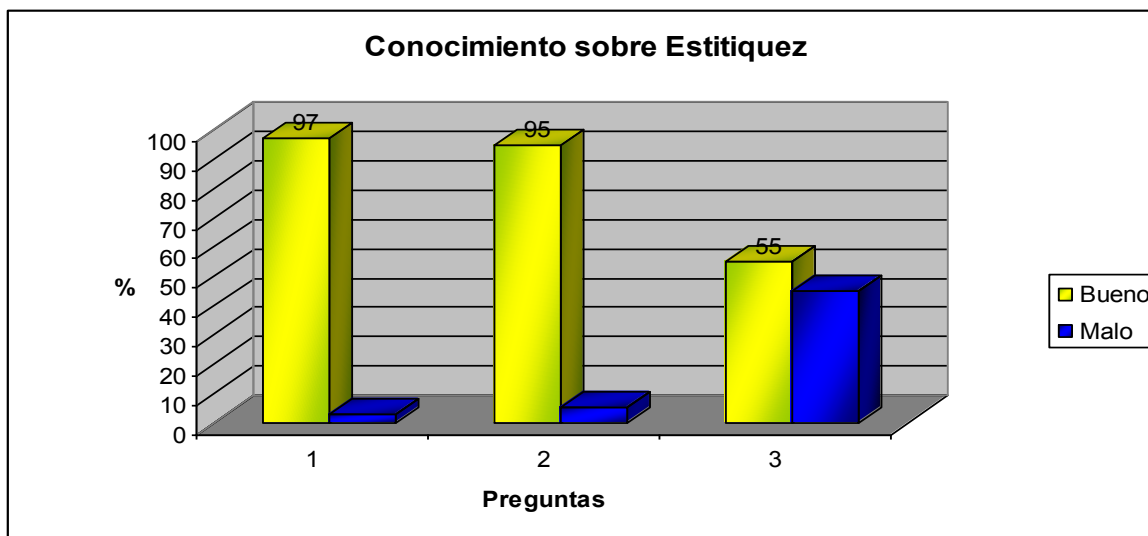


Gráfico 3

Frente al conocimiento sobre estitiquez, el 97% tiene respuestas buenas; el 95% conoce que alimentos la producen y el 55% sabe como actuar frente al manejo de éste.

Tabla N° 4: Conocimiento sobre con quién debe ponerse en contacto si surge algún problema.

Preguntas	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre con quién debe ponerse en contacto si surge algún problema.	Buena	30	75
	Mala	10	25
Total		40	100

Fuente: Idem tabla 1.

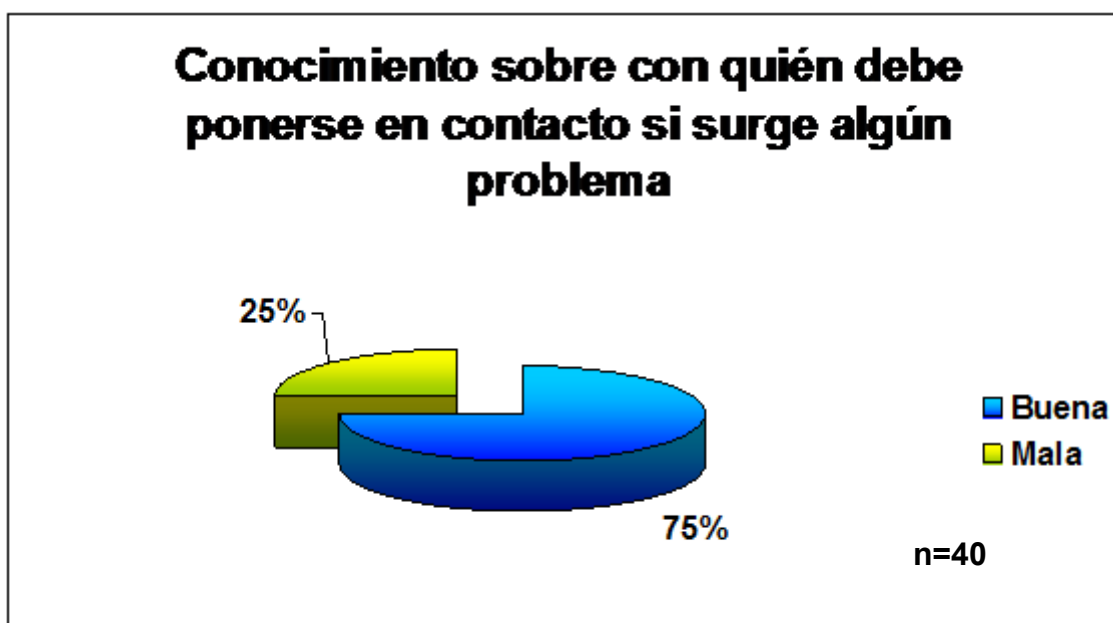


Gráfico 4

El 75% de los cuidadores refiere que se pondría en contacto con el equipo de cabecera y/o servicio de urgencia si surge algún problema. Sin embargo, el 25% restante no tiene claro como actuar en esta situación.

Tabla N° 5: Conocimiento sobre prevención de dolores y Ulceras por Presión

Preguntas	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre prevención de dolores y heridas en la piel	Buena	38	95
	Mala	2	5
Total		40	100
Conocimiento sobre técnica de cambio de posición de usuario postrado	Buena	22	55
	Mala	18	45
Total		40	100
Conocimiento sobre el no realizar cambio de posición de usuario postrado	Buena	40	100
	Mala	0	0
Total		40	100

Fuente: Idem tabla 1.

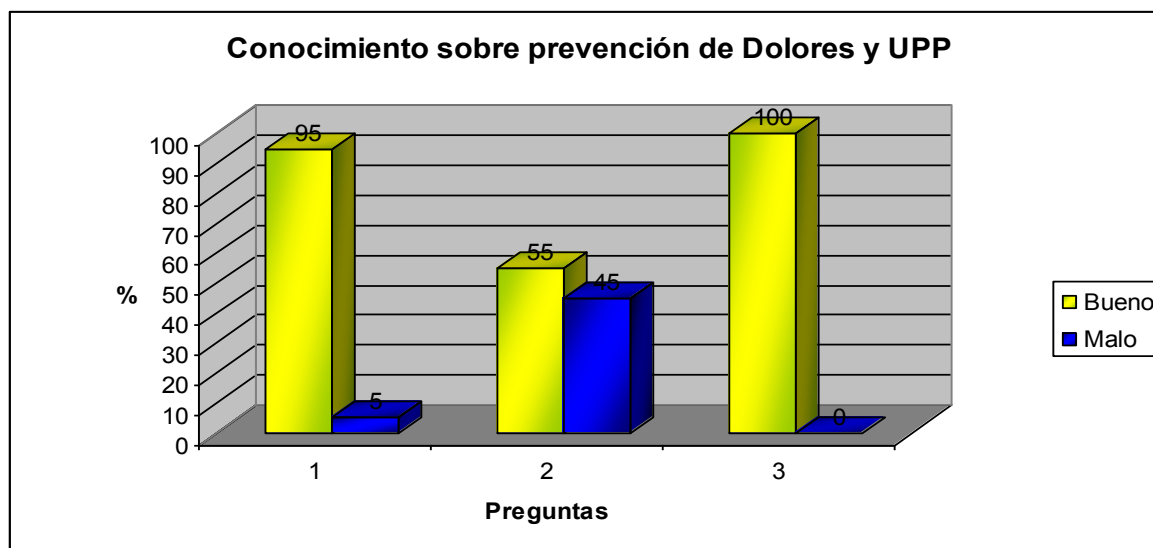


Gráfico 5

Referente al conocimiento de no realizar cambio de posición al usuario postrado, el 100% de los CI respondió correctamente; el 55% respondió correctamente sobre la técnica que debe utilizar para realizar los cambios de posición y un 5% no conoce como prevenir los dolores y heridas en la piel.

ANÁLISIS VARIABLES INDEPENDIENTES

Antecedentes demográficos

Tabla N° 6: Sexo del cuidador informal

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	39	97
Masculino	1	3
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

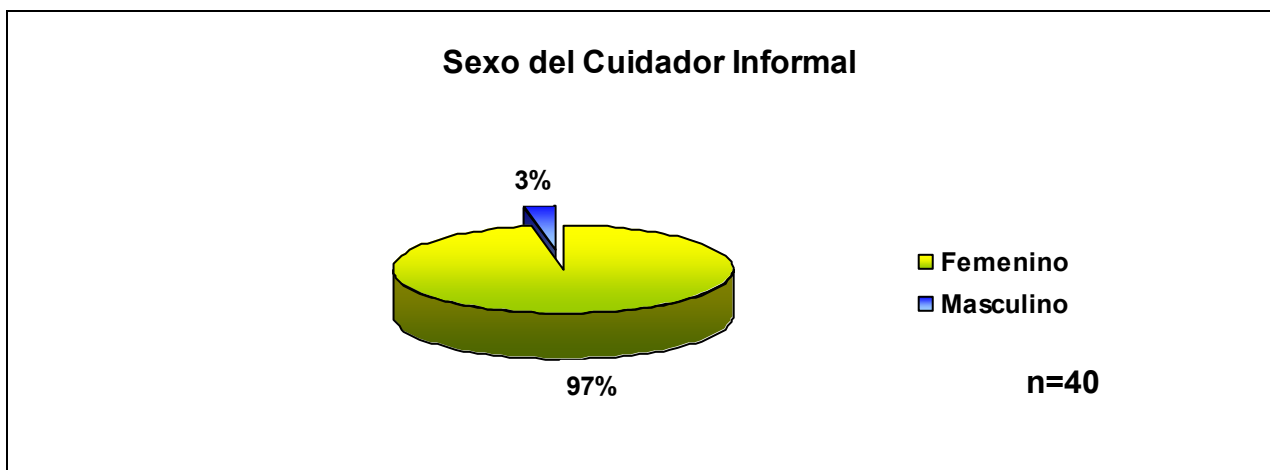


Gráfico 6

Existe un claro predominio de CI de sexo femenino (97%) de los cuidadores de usuarios con dependencia severa sobre el sexo masculino.

Tabla N° 7: Edad del cuidador informal

	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 20 años	1	3
20 – 34 años	2	5
35 – 64 años	24	59
> 65 años	13	33
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

Media: 55.5

Moda: 65

Min: 19

Max: 86

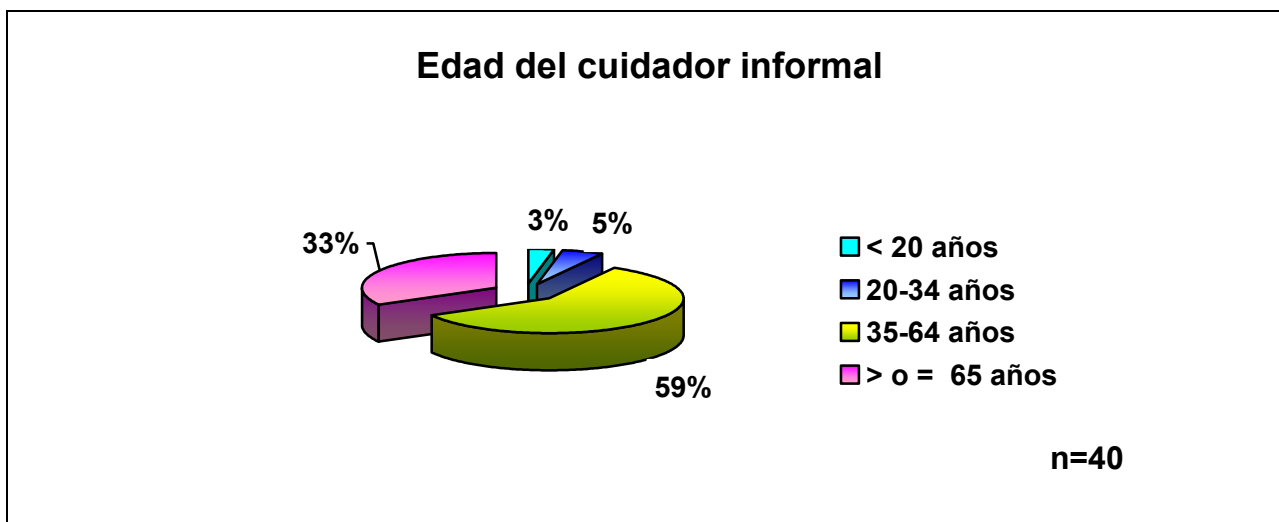


Gráfico 7

El 92% de los CI de usuarios con dependencia severa es mayor de 35 años, de los cuales el 33% corresponde a mayores de 65 años.

La edad de los encuestados en promedio es de 55 años, con un mínimo de edad de 19 y un máximo de 86. La edad que más se repite es de 65 años.

Tabla N° 8: Escolaridad del cuidador informal

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin estudios	0	0
Básica incompleta	13	32
Básica completa	3	8
Media incompleta	8	20
Media completa	10	24
Superior incompleta	1	3
Superior completa	5	13
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

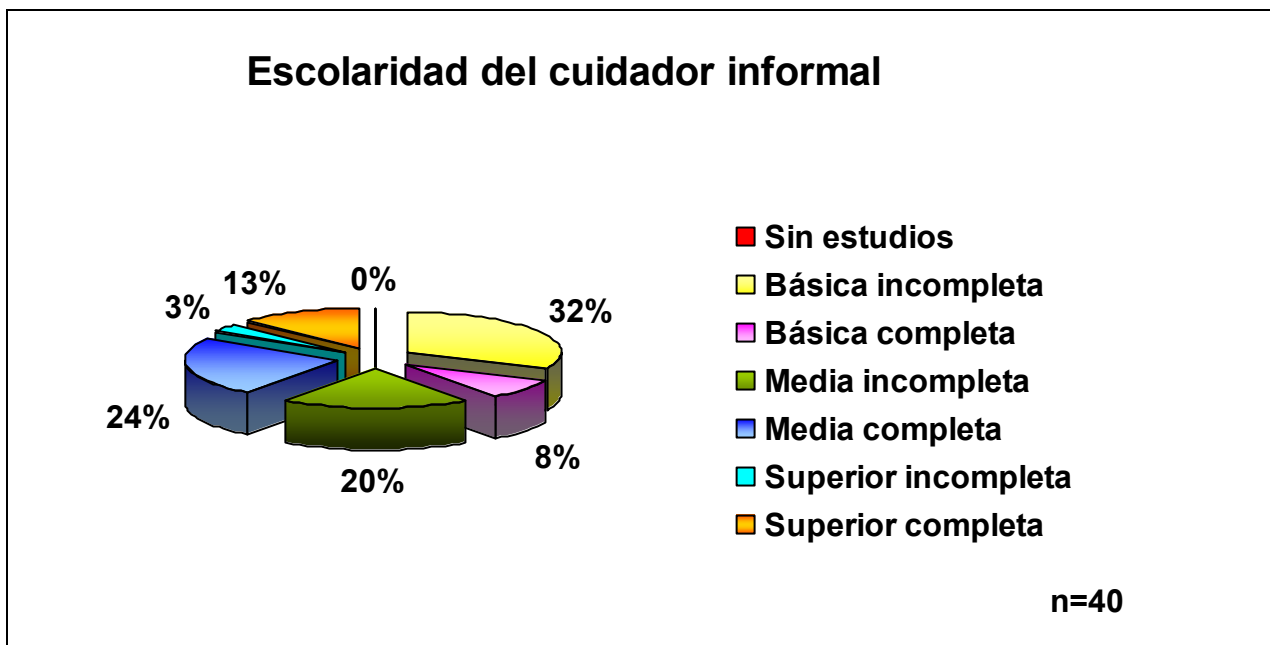


Gráfico 8

El 40% de los CI tenía educación básica, un 44% educación media y el 16% educación superior, de éstos el 13% terminó dichos estudios.

Tabla N° 9: Percepción de la situación económica del cuidador informal

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena	2	5
Regular	29	72
Mala	9	23
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

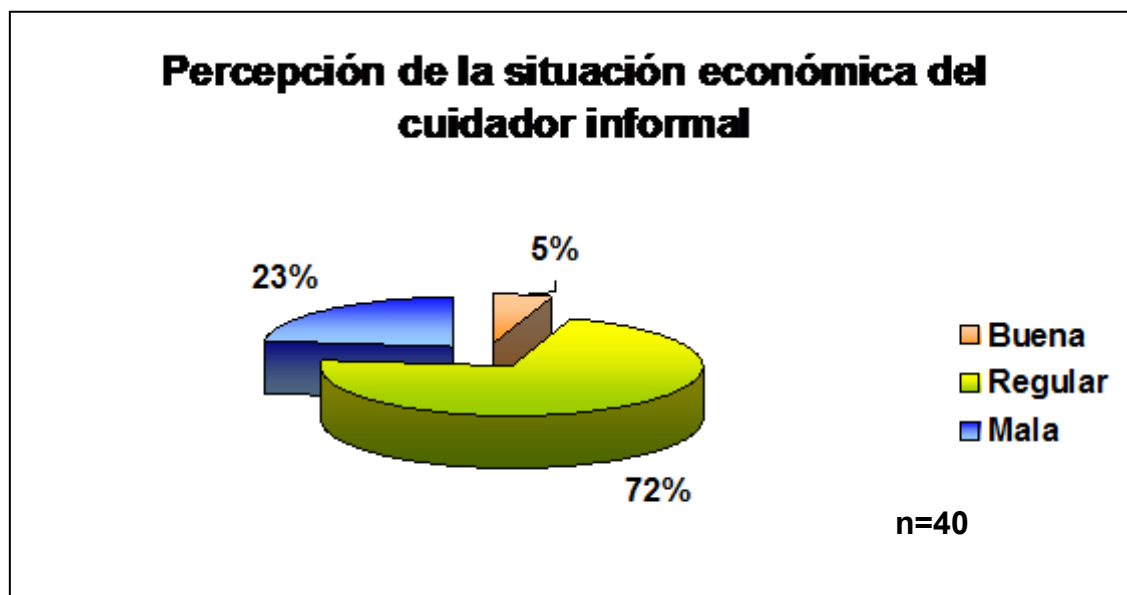


Gráfico 9

El 72% de los CI percibió que su situación económica era regular, sólo el 5% la percibió como buena y, el 23% restante tenía una mala percepción de su situación económica.

Tabla N° 10: Situación laboral del cuidador informal

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cesante	1	3
Dueña de casa	21	52
Estudiante	1	3
Jubilado-Pensionado	10	24
Trabajo tiempo parcial	3	8
Trabajo tiempo completo	4	10
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1

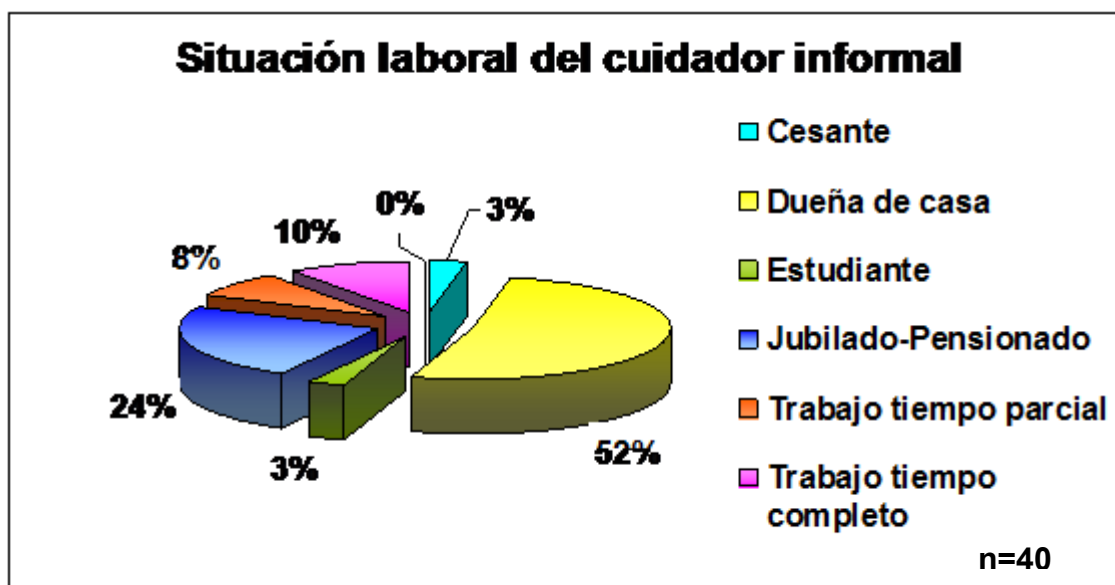


Gráfico 10

El 52% de los cuidadores correspondían dueñas de casa, el 24% jubilado o pensionado, el 10% tenía un trabajo de tiempo completo, un 8% un trabajo parcial. Sólo el 3% se encontraba sin trabajo, es decir, el 97% tenía una actividad laboral.

Prestaciones otorgadas por el centro de salud

Tabla N° 11: Apoyo multidisciplinario otorgado por equipo de cabecera

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Visitas médico	Si	25	62
	N o	15	38
Total		40	100
Visitas Enfermero(a)	Si	37	92
	N o	3	8
Total		40	100
Visitas Nutricionista	Si	6	15
	N o	34	85
		40	100
Visitas Asistente Social	Si	6	15
	N o	34	85
Total		40	100
Visitas kinesiólogo	Si	6	15
	N o	34	85
Total		40	100
Visitas Técnico Paramédico	Si	39	97
	N o	1	3
Total		40	100

Fuente: Idem tabla 1

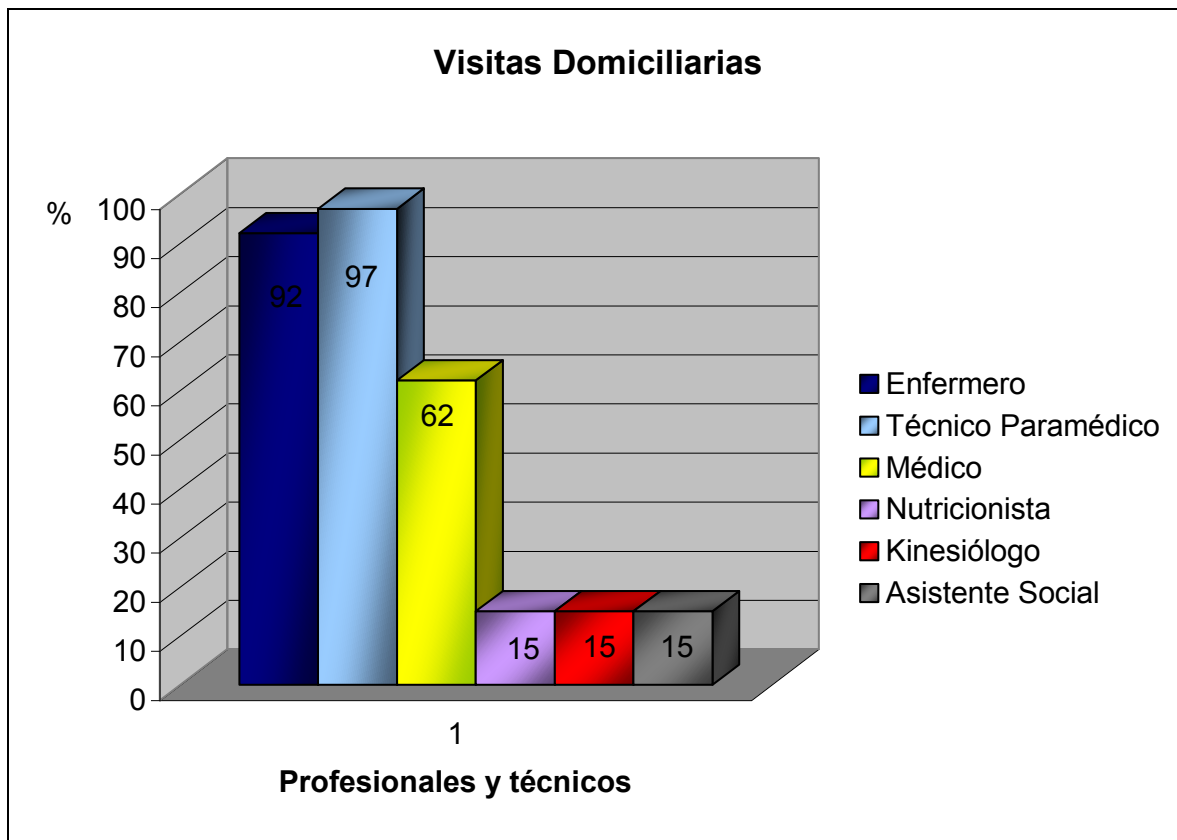


Gráfico 11

Del total de visitas domiciliarias realizadas en los últimos 6 meses, destaca el alto porcentaje de cuidadores que refieren haber sido visitado por parte del profesional de enfermería y el técnico paramédico, siendo notoriamente inferior en el caso del médico y muy por debajo de los anteriores el cumplimiento de otros profesionales.

Tabla N° 12: Capacitaciones previas

	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 capacitación	20	49
2 capacitaciones	3	8
> 2 capacitaciones	1	3
Ninguna	16	40
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1

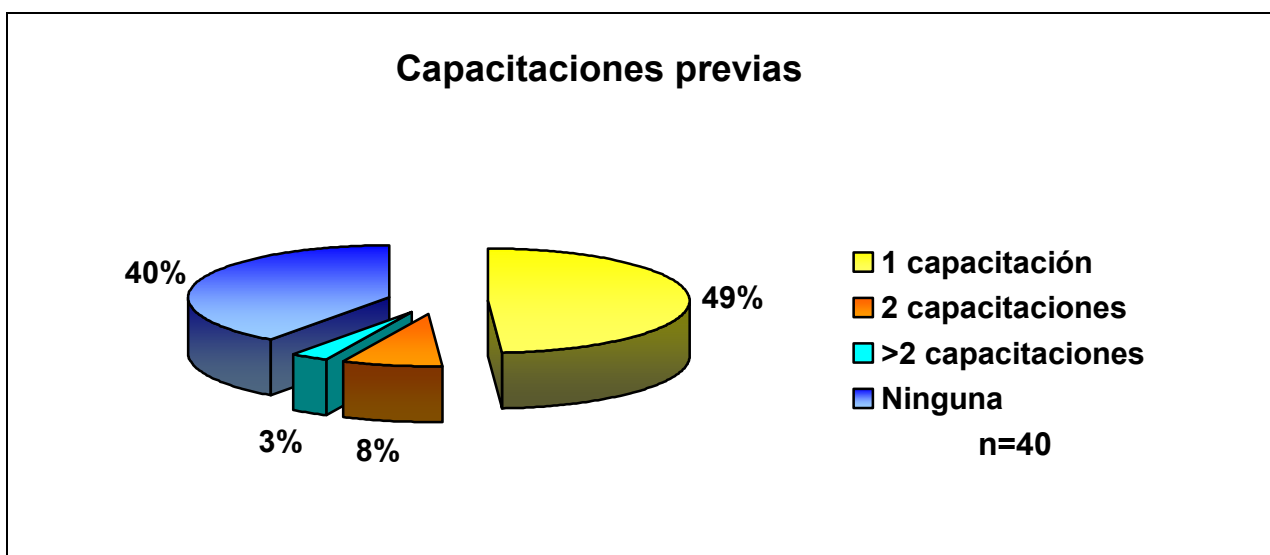


Gráfico 12

El 60% de los cuidadores participó de capacitaciones, de ellos el 49% asistió a 1, el 8% a 2 y un 3% a más de 2 capacitaciones previas. Cabe destacar que el 40% de los CI no asistió a ellas.

Tabla N° 13: Visitas domiciliarias anteriores por parte del equipo de cabecera

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	0	0
1 visita	0	0
>1 visita	40	100
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1

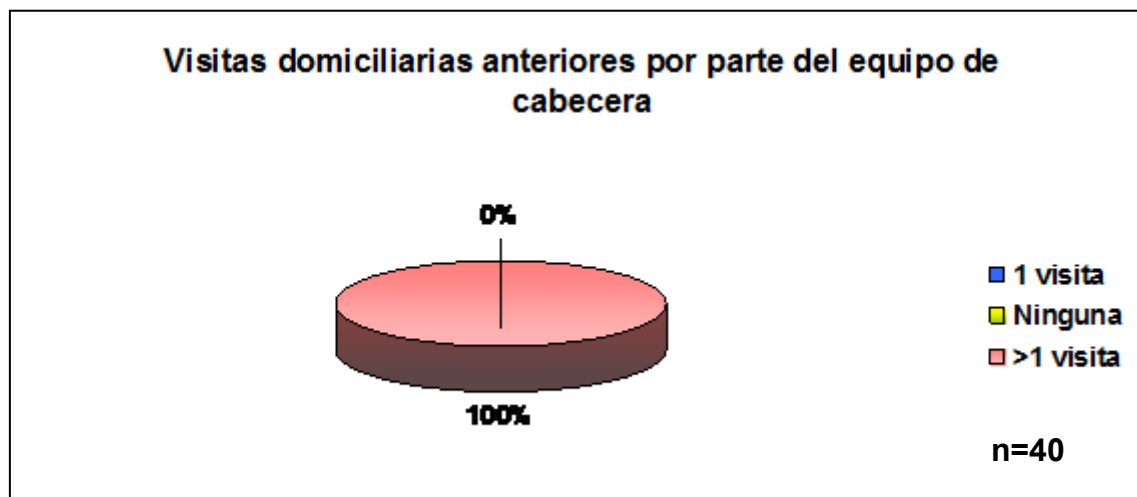


Gráfico 13

El 100% de los cuidadores habían recibido visitas en los últimos seis meses por parte del equipo de cabecera del Consultorio Violeta Parra.

Antecedentes de salud del cuidador informal

Tabla N° 14: Tiempo que ha cuidado al usuario

	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 1 año	6	15
1-5 años	14	34
> 5 años < 10 años	7	18
≥ 10 años	13	33
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

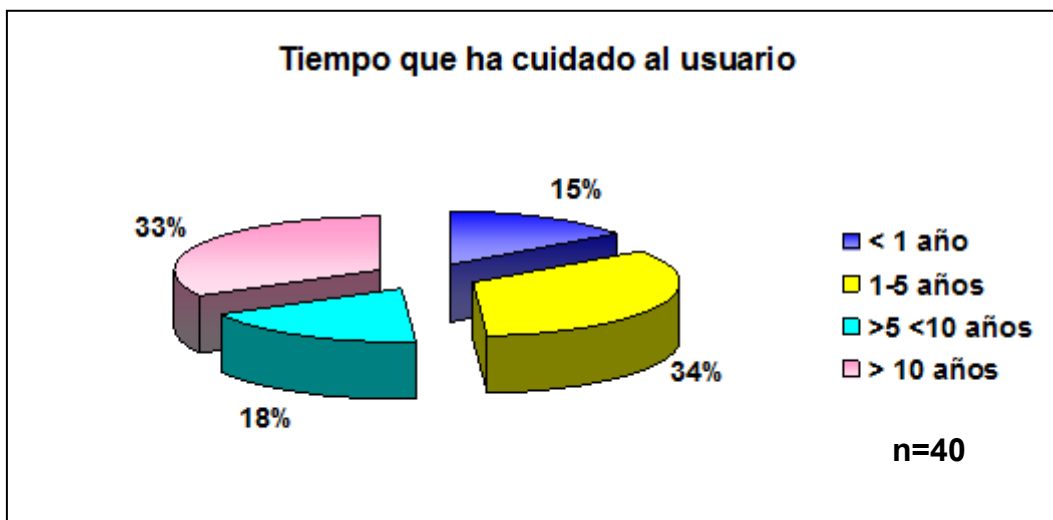


Gráfico 14

El 34% de los encuestados llevaban entre 1 y 5 años cuidando a una persona con dependencia severa, el 33% más de 10 años, el 18% entre 6 y 10 años y, el 15% lleva menos de 1 año a cargo de estos usuarios.

Tabla N° 15: Nivel de sobrecarga

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin Sobrecarga	18	45
Sobrecarga Leve	6	15
Sobrecarga Intensa	16	40
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

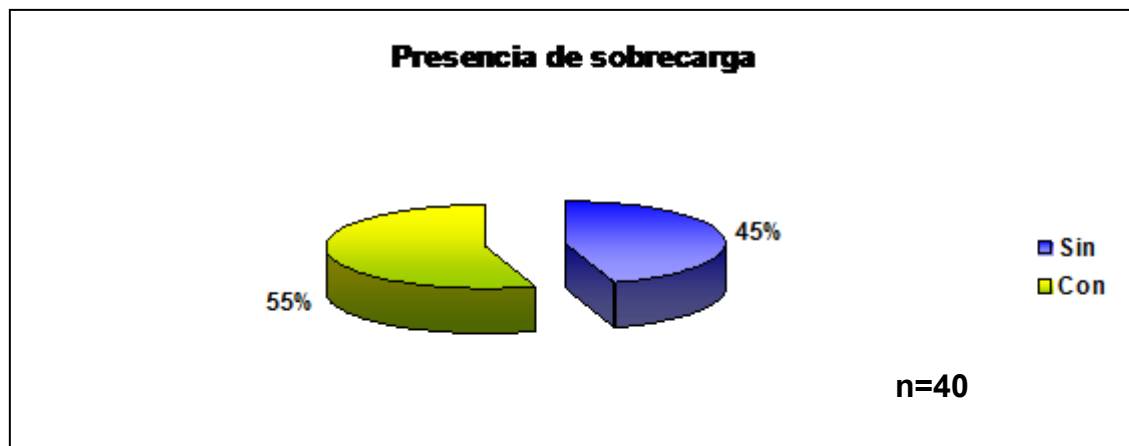


Gráfico 15

El 55% de los CI presentó algún grado de sobrecarga, destacándose un porcentaje importante que no tenía sobrecarga (45%).

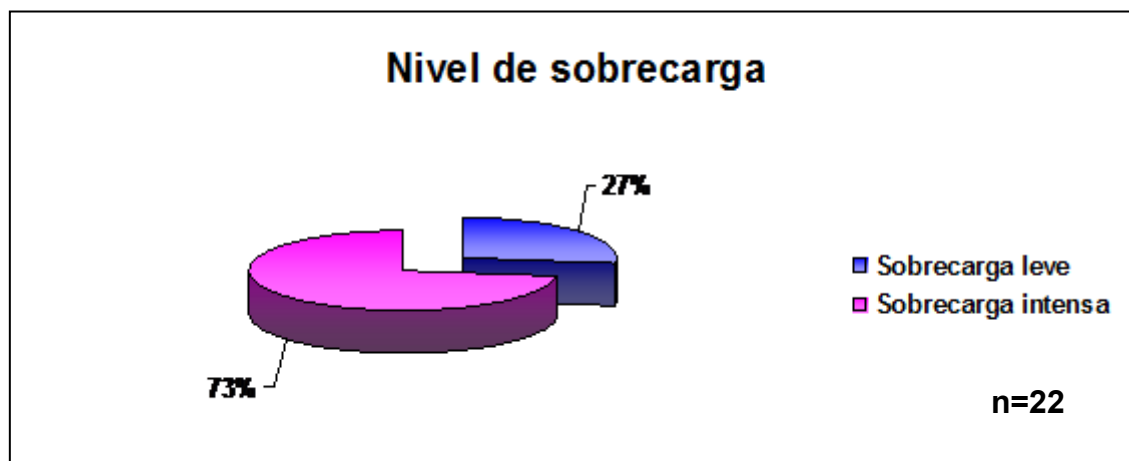


Gráfico 16

Del 100% de los CI que presentaron sobrecarga (55%), el 73% corresponde a sobrecarga intensa y el 27% sobrecarga leve.

Tabla N° 16: Depresión

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin Depresión	18	45
Posible Depresión	22	55
Total	40	100

Fuente: Idem tabla 1.

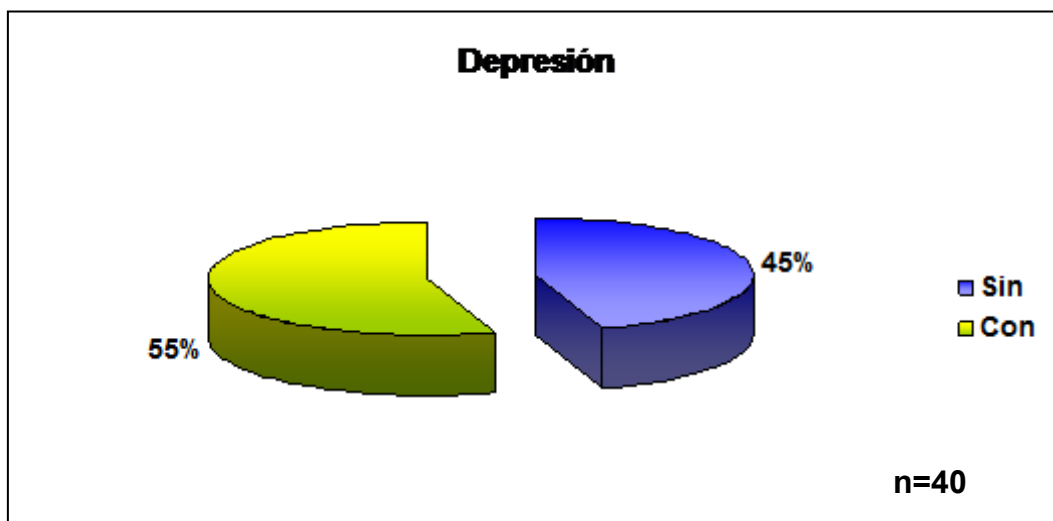


Gráfico 17

Del total de cuidadores el 55% clasifica como probable caso de Depresión, según sub-escala de depresión de Goldberg.

3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El perfil del CI coincide con los resultados obtenidos en investigaciones realizadas por Baez M. y cols. (2004) y Jiménez M. (2003) en las que se observa el predominio del sexo femenino, el desempeño como dueña de casa, edad entre los rangos de 35 y 64 años y estudios básicos incompletos. Cabe destacar que los CI que señalaron tener estudios superiores no desempeñaban su profesión o lo hacían a tiempo parcial.

En relación al tiempo dedicado a la labor del cuidado, un 34% se encuentran entre 1 y 5 años, lo que concuerda con los resultados de Garrido M. y cols. (2005); 33% lleva más de 10 años, datos que se ajustan a los obtenidos por Baez M. y cols. (2004).

El 5% de los CI tuvo una buena percepción de su situación económica, mientras que un número importante (23%) la percibía como mala y el 72% restante refirió percibir una regular situación económica, lo que podría afectar la satisfacción de las necesidades básicas del usuario como del cuidador.

La sobrecarga se encuentra presente en un 55% de los cuidadores, de este 100% (n=22) el 73% corresponde a sobrecarga intensa y el 27% restante a sobrecarga leve, datos concordantes con el estudio de Ubierno C. (2001 - 2002) donde el grado sobrecarga del CI presenta una media de 61,20 puntos en la escala de Zarit, correspondiente a nivel de sobrecarga intensa.

Según la escala de Depresión de Goldberg, del total de CI, un 55% presentaba sintomatología depresiva, datos concordantes con resultados observados en el estudio de Jiménez Maria Victoria (2003), donde se determinó que el 87.6% refiere por lo menos una molestia asociada a su labor, siendo una de ellas la depresión. Esto puede influir en que el cuidador no pueda ejercer su rol en óptimas condiciones.

El 100% de los cuidadores recibió visita domiciliaria en los últimos 6 meses por parte de algún miembro del equipo de cabecera. El 92% refiere haber sido visitado por el Profesional de Enfermería, quien proporciona un mejor nivel de educación sanitaria y promoción de autocuidado en salud del individuo y familia, reforzando de esta forma las prácticas de cuidado; el 97% de los cuidadores informa haber recibido visita por el técnico paramédico, lo que muestra que el equipo de enfermería es quien desarrolla en mayor medida esta labor.

El cuidado muchas veces resulta en cuidado inadecuado y/o en una presión agobiante para la familia, es por ello que se debe considerar la modesta inversión en comparación con los potenciales beneficios que trae consigo la realización de actividades educativas o capacitaciones constantes a los cuidadores, siendo eficaces en la transmisión de conocimiento, para optimizar el desempeño en los cuidados y mejorar la calidad de vida tanto de ellos como del usuario dependiente; situación que se ve demostrada por Marisol Baez Lago (2004) y cols., y E. Cassidy, y cols. (1995 – 1998), quienes al aplicar un test de evaluación de conocimientos antes y después de realizar intervenciones educativas, observaron un aumento promedio en las calificaciones de 21,24% y 22,4%, respectivamente, lo que debería reflejarse en la calidad de los futuros cuidados.

El 57% de los CI presenta un nivel de conocimiento regular, el 40% es bueno y el 3% clasifica en el rango de malo. Destaca un alto porcentaje de respuestas erradas en las preguntas sobre sistema digestivo, manejo de la estitiquéz y técnica del cambio de posición de usuario postrado; caso contrario ocurre en las preguntas sobre con quien debe ponerse en contacto si ocurre algún problema, importancia de la alimentación, posición del usuario postrado para ser alimentado, prevención de dolores y heridas en la piel, perjuicio del no cambio de posición del usuario postrado, qué es la estitiquéz y alimentos que la producen. Cabe destacar que en el momento de la encuesta los cuidadores hicieron referencia a que muchas de las inquietudes respecto al cuidado de sus familiares fueron resueltas en el momento de las visitas por parte del equipo de

salud, especialmente el de enfermería (92% enfermero (a), 97% técnico paramédico) quienes tienen un mayor grado de cumplimiento en esta actividad.

4 CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

4.1 CONCLUSIONES

Al término del presente estudio se puede concluir que:

El 97% de los cuidadores son mujeres con un promedio de edad de 55 años; una cifra importante de cuidadores no terminó sus estudios básicos (32%), el 24% finalizó la enseñanza media y un 13% alcanzó la educación superior completa, destacando que muy pocos estaban desempeñándose profesionalmente. Del total de cuidadores, la mayoría son dueñas de casa (52%); el 72% percibe tener una situación económica regular, siendo la minoría (5%) quienes refirieron tener una buena situación económica.

El 100% de los cuidadores recibió visitas domiciliarias por parte del equipo de cabecera del Consultorio Violeta Parra en los últimos 6 meses previo a la aplicación del instrumento, en el 97% de las visitas asistió el técnico paramédico; en el 92%, la enfermera; en el 62% el médico y solamente en un 15% de los casos acudió Nutricionista, Asistente Social o Kinesiólogo.

El 60% de los CI pertenecientes al programa postrado del Consultorio Violeta Parra participó en una o más capacitaciones realizadas por parte de este centro de Salud; sin embargo un alto porcentaje (40%) no asistió a ellas.

El 55% presentaba algún grado de sobrecarga, según entrevista de la carga del cuidador de Zarit, de este porcentaje (n=22) el 73% manifestaba una sobrecarga Intensa y el 27% califica como sobrecarga leve. Se observa también en un 55% de los encuestados posibles casos de depresión, según la sub-escala de depresión de Goldberg.

Un 34% lleva desempeñando el rol del cuidado entre 1 y 5 años, seguido por un 33% de ellos que llevaba más de 10 años como CI.

El 3% de los encuestados tuvo un nivel de conocimiento clasificado como malo, el 57% de ellos regular y el 40% restante como bueno, según Evaluación del conocimiento del CI. Estos datos permitieron conocer las áreas más fuertes y débiles del conocimiento de los cuidados otorgados por el cuidador al usuario dependiente, esto permite que la atención primaria en salud en el futuro oriente sus esfuerzos en fortalecer aquellas áreas deficientes, sin dejar de lado la problemática a la cual se ve enfrentado el CI al desempeñar este rol y de esta forma mejorar la calidad de vida tanto del usuario dependiente como del cuidador.

4.2 LIMITACIONES

- Existe un número escaso de investigaciones en Chile relacionadas con el tema del Nivel de Conocimiento del Cuidador Informal.
- Información bibliográfica insuficiente sobre el tema.
- Registro de cuidadores formales e informales en la misma planilla, lo que dificultó la selección de los que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación. Registro de las direcciones de los CI incompletos o no actualizados.

4.3 SUGERENCIAS

- Contemplar otros centros de salud de la ciudad en la investigación del conocimiento del CI.
- Incentivar realización de futuras investigaciones en Chile sobre el Nivel de Conocimiento del CI de Usuarios con Dependencia Severa.
- Realizar investigaciones relacionales y comparativas que contemplen pre - test, educación basada en las falencias detectadas en éste y post - test a los CI para evaluar su nivel de conocimiento.
- Implementar en el centro de salud un sistema que permita al cuidador asistir a las capacitaciones entregadas por el establecimiento.
- Realizar proyectos con el propósito de otorgar mayor apoyo a los CI.
- Entregar material educativo a los CI, referente al conocimiento básico del cuidado al usuario con dependencia severa y a sí mismo.
- Reforzar educación en áreas más débiles de los CI, por ejemplo, sobre sistema digestivo, manejo de la estitiquez y técnica del cambio de posición de usuario postrado, detectadas en nuestra investigación.

5 BIBLIOGRAFÍA

1. **TEMAS Y RECURSOS DE ENFERMERÍA**, historia de la Enfermería [en línea] <http://enfermeros.org/historia.html> [Fecha de consulta: 10 noviembre 2007]
2. **HERRERA, Eduardo** 2007. Cuidadoras y Cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile [en línea] www.fonadis.cl/tools/resources.php?id=1584 [Fecha de consulta: 18 Marzo 2008].
3. **BIBLIOGRAFÍAS EN ESPAÑOL**. Protestantes que dejaron una huella en la historia [en línea] <http://biografias.blogspot.com/2006/11/florence-nightingale.html> [Fecha consulta: 8 Octubre 2007]
4. **CUIDADO A CUIDADORES** de pacientes con enfermedades crónicas [en línea] <http://www.gcronico.unal.edu.co/programas.php> [Fecha de consulta: 10 noviembre 2007]
5. **VEGA, Olga Marina**. Habilidad de Cuidado de los Cuidadores familiares de discapacitados por enfermedad cerebrovascular del norte de Santander Colombia. [en línea] http://www.chospab.es/investen/diferido/presentaciones/mesa_7/Vega.pdf [Fecha de consulta: 10 noviembre 2007]
6. **EI SENTIDO DEL CUIDADO**, el arte y la ciencia del cuidado [en línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100022&lng=pt&nrm= [Fecha de consulta: 27 septiembre 2007]

7. **REYES, María Cristina** 2001. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de antropología de MERCOSUL [en línea] <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf> [Fecha consulta: 8 de Octubre del 2007]
8. **PERFIL DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.** Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (en línea) <http://www.senama.cl/sitio/glosario.aspx>
9. **UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.** Escuela de Medicina. Programa de Geriatría, Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria [en línea] <http://www.escuela.med.puc.cl/deptos/programageriatria/Katz.html> [consulta: 18 de Octubre del 2007]
10. **CONSEJO DE EUROPA,** 1998, tomado del Libro Blanco de la Dependencia, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2004.
11. **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD,** Índice De katz [en línea] http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/./contenidos/gestioncalidad/AutonomíaAVD_Katz.pdf [Fecha consulta: 8 de Octubre del 2007]
- STAAB, A.S. y HODGES, L.C. 1997. Enfermería Gerontológica. México, McGraw-Hill. 464 - 475p
12. **GARCIA, María del Mar.** El sistema informal de atención a la salud. Escuela Andaluza de salud publica Granada [en línea] <http://www.comtf.es/pediatrica/Congreso AEP 2000/Ponencias-htm/M%C2%AAM Garcia Calvante.htm> [Fecha de consulta: 18 Marzo 2008].

- 13. JOFRE A., Viviane y MENDOZA P., Sara.** TOMA DE DECISIONES EN SALUD EN MUJERES CUIDADORAS INFORMALES. Ciencia y Enfermería [en línea]. Vol.11, no.1 p.37-49.
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. [Fecha consulta: 20 Marzo 2008]
- 14. CONTEL J.C.** “y cols” 1999. Atención Domiciliaria Organización y Práctica. Editorial Barcelona. Pag 25-99/103-127.
- 15. CHILE. MINISTERIO DE SALUD.** 2007. Plan de Apoyo al Cuidador de Personas en Situación de Dependencia Severa.
- 16. VENEGAS, Blanca Cecilia** 2006. Habilidad del Cuidador y Funcionalidad de la persona Cuidada. Universidad de la Sabana Chía, Colombia [en línea] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74160114.pdf> [Fecha consulta: 21 Marzo 2008]
- 17. MARTINS, Josiane de Jesus.** “y cols” 2005. Necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos en el hogar. Texto contexto - enferm. [en línea]. 2007, vol. 16, no. 2 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. [consulta: 12 septiembre 2007], pp.254-262.
- 18. BAÑOBRE, Antonio** y cols. Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga [en línea] Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [Fecha de consulta: 10 noviembre 2007]. Disponible en http://www.seden.org/files/art692_1.pdf

- 19. BAEZ M., LABBÉ S.** 2004. Efectos de una intervención educativa en los conocimientos de los cuidadores informales de enfermos dependientes. Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Enfermería y el título profesional de Enfermera Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina ESCUELA DE ENFERMERIA. SANTIAGO.
- 20. E. Cassidy, S. Hill y E. O Callaghan** 2002. Eficacia de una educación psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones, Irlanda. [en línea]<http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy2002/2/117-122.pdf> [Fecha consulta: 21 Marzo 2008]
- 21. JIMÉNEZ, Maria Victoria.** 2003. Perfil epidemiológico del cuidador en el servicio de atención domiciliaria geriátrica de la clínica geriátrica “San Jose” PNP [en línea] Cybertesis Perú [Fecha de consulta: 27 septiembre 2007]. Disponible en http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/jimenez_vm/html/index-frames.html
- 22. GARRIDO Inzulza, MIRIAM I. y cols** 2005. Calidad de vida de cuidadores informales. Santiago Chile [en línea] http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC_S&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=425159&indexSearch=ID [Fecha consulta: 20 Marzo 2008]
- 23. UBIERGO UBIERGO, M.C., REGOYOS RUIZ, S. VICO GAVILAN, M.V. y REYES MOLINA, R.** 2005. El Soporte de Enfermería y la Claudicación del Cuidador Informal. Revista Enfermería Clínica. 15 (4): 199-205.
- 24. GINSBERG J.** “y cols” 2005. Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de

demencia. Venezuela [en
línea]www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol51n104/articulo1n104.pdf [Fecha consulta: 18 Marzo 2008]

25. BUSTAMANTE M., NAVARRETE M. 2004. Satisfacción de los cuidadores informales, en relación con la educación acerca de los cuidados del enfermo y del cuidador. Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Enfermería y el título profesional de Enfermera Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina ESCUELA DE ENFERMERIA. SANTIAGO.

6 ANEXOS

6.1 ANEXO I, “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERFIL DEL CI DE USUARIOS CON DEPENDENCIA SEVERA”

I. ÍTEM: ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR INFORMAL.

1. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

2. ¿Qué edad tiene usted?

Edad _____

3. ¿Cuál es su nivel educacional?

- a. Sin estudios
- b. Básica/primaria incompleta
- c. Básica/ Primaria completa
- d. Media/Secundaria Incompleta
- e. Media/Secundaria completa
- f. Superior incompleta
- g. Superior completa

4. ¿Cuál es la percepción de su situación económica actual?

- a. Buena
- b. Mala
- c. Regular

5. ¿Cuál es su situación Laboral actual?

- a. Cesante
- b. Dueña de casa
- c. Estudiante
- d. Jubilado-Pensionado
- e. Trabajo de tiempo parcial
- f. Trabajo de tiempo completo

6. ¿Cuánto tiempo lleva como cuidador?

- a. Menos de 1 año
- b. 1 – 5 años
- c. 5 – 10 años
- d. Más de 10 años

II. ÍTEM: PRESTACIONES OTORGADAS POR EL CENTRO DE SALUD AL CUIDADOR INFORMAL.

1. ¿Cuánta(s) capacitaciones(s) ha tenido por el equipo de salud?

- a. 1 Capacitación
- b. 2 Capacitaciones
- c. Más de 2 Capacitaciones
- d. Ninguna

2. ¿Cuánta(s) visita (s) domiciliaria (s) le ha realizado el equipo de salud a la persona postrada en los últimos 6 meses?

- a. 0 visita
- b. 1 visita
- c. Más de una visita

3. Si ha recibido visita domiciliaria, por quién ha sido? (Puede ser más de una).

- a. Médico
- b. Enfermera
- c. Nutricionista
- d. Asistente social
- e. Kinesiólogo
- f. Técnico Paramédico

III. ÍTEM: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA CUIDADORES INFORMALES DE USUARIOS CON DEPENDENCIA SEVERA

1. ¿Con quién debe ponerse en contacto si surge algún problema?

- a. Con su familia
- b. Con su equipo de cabecera del consultorio y/o servicio de urgencia
- c. No sé

2. Nuestro cuerpo se encarga de:

- a. Incorporar sustancias necesitamos y elimina las que no nos sirven
- b. Sólo incorpora las sustancias que necesitamos
- c. No sé

3. ¿Sabe usted por qué es importante alimentarse?

- a. Sólo para mantener un peso adecuado.
- b. Porque la alimentación sana aporta sustancias que ayudan a mantener en buenas condiciones nuestro cuerpo.
- c. No sé

4. ¿Sabe usted cuál es la posición que debe tener la persona para ser alimentada?

- a. Sentada o semi sentada
- b. Acostada
- c. No sé

5. ¿Sabe usted cuál es la cantidad de agua recomendable para beber diariamente?

- a. 4 a 6 vasos diarios
- b. 6 a 8 vasos diarios
- c. No sé

6. Una persona está estético si:

- a. Presenta deposiciones escasas o duras y dificultad para defecar.
- b. Presenta dolor estomacal.
- c. Presenta deposiciones líquidas

7. ¿Sabe usted qué alimentos producen Estitiquéz?

- a. Jugos naturales, verduras, frutas
- b. Arroz, chocolate, té, café, carne
- c. No sé

8. ¿Sabe cómo puede ayudar usted en el manejo de la estitiquéz?

- a. Movilizar a la persona, doblarle las piernas sobre el estómago, masajear el abdomen circularmente.
- b. Introducir el termómetro o calas de jabón en el ano
- c. No sé

9. ¿Sabe usted qué debe hacer para prevenir dolores y heridas en la piel?

- a. Mover el hombro, codo, muñeca, mano, rodilla con frecuencia y cambios de posiciones y lubricación
- b. Mover a la persona lo menos posible
- c. No sé

10. ¿Qué instrumento utiliza usted par realizar cambio de posición a la persona que cuida?

- a. Sólo mi fuerza
- b. Me ayudo de una sábana o cojín
- c. No le realizo cambios de posición.

11. ¿Sabe usted si le produce algún daño a la persona que cuida si no le realiza cambios de posición?

- a. No le produce ningún daño.
- b. Pueden aparecer heridas en su piel.
- c. No sé

Clasificación:

- Bueno : 10 – 11 puntos
- Regular : 7 – 9 puntos
- Malo : 0 – 6 puntos.

IV. ITEM SUB-ESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía? | SI | NO |
| 2. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas? | SI | NO |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? | SI | NO |
| 4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado,
sin esperanzas? | SI | NO |

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- | | | |
|---|----|----|
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | SI | NO |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | SI | NO |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | SI | NO |
| 8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido? | SI | NO |
| 9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse
peor por las mañanas? | SI | NO |

Clasificación: detecta probables casos

- Depresión : Cuidador tiene 2 o más respuestas afirmativas
- No depresión : Cuidador tiene 0 o 1 respuesta afirmativa

V. ITEM: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Ud. así: nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente, casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej: con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					

12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
(SOLAMENTE SI EL ENTREVISTADO VIVE CON EL PACIENTE).					
13. ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

Clasificación:

- Sin sobrecarga : 22-46 puntos
- Sobrecarga Leve : 47-55 puntos
- Sobrecarga intensa : 56-110 puntos.

6.2 ANEXO II, CARTAS DE AUTORIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.

Estimado Señor (a):

Somos Estudiantes tesistas de 5° año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, Chillán. En estos momentos estamos realizando una investigación titulada “Nivel de Conocimiento del Cuidador Informal de Usuarios con Dependencia Severa adscritos en el Consultorio Violeta Parra”.

Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración en esta investigación, destinada a conocer datos sobre usted, que nos permitirá identificar la problemática real de los cuidadores.

La participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas son confidenciales. Su nombre no aparecerá en ningún sitio. Su participación consiste en responder una entrevista de aproximadamente 20 minutos.

Consentimiento Informado:

Yo, Sr./Sra.....

Rut..... Declaro conocer el objetivo del presente estudio y acepto participar y entregar la información que sea necesaria para estos fines.

Chillán_____/_____/2008

Firma del Cuidador

Esperando su buena acogida y consentimiento para realizar el cuestionario.

De antemano muchas gracias

CHILLÁN, 27 marzo de 2008

A : SRA. PAMELA ZAMUDIO V.
Directora – Centro de Salud Violeta Parra, Chillán

DE : SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora – Escuela de Enfermería

De mi consideración:

Junto con saludarle muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: ***“Nivel de Conocimiento del Cuidador Informal de Usuario con dependencia severa adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán”***, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Paola Burgos Garrido	15.700.363-1
- Viviana Figueroa Rodríguez	15.878.401-7
- Mauricio Fuentes Verdugo	15.159.028-4
- Ingrid Quijada Hernández	15.187.404-5

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Magíster en Salud Comunitaria

PROPÓSITO DE LA TESIS:

- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador informal, de usuario con dependencia severa, adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán.

OBJETIVOS GENERALES DE LA TESIS:

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador informal.
- Determinar las características demográficas del cuidador informal

En base a lo anteriormente expuesto, solicito a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan realizar su investigación en dicho Centro de Salud.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

e-mail: elospino@ubiobio.cl

Fono: ☎ (042) 253085

CHILLÁN, 27 marzo de 2008

A : SRA. ADRIANA HERNÁNDEZ ESPINOZA
Efermera Supervisora – Centro de Salud Violeta Parra, Chillán

DE : SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora – Escuela de Enfermería

De mi consideración:

Junto con saludarle muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **“Nivel de Conocimiento del Cuidador Informal de Usuario con dependencia severa adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán”**, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Paola Burgos Garrido	15.700.363-1
- Viviana Figueroa Rodríguez	15.878.401-7
- Mauricio Fuentes Verdugo	15.159.028-4
- Ingrid Quijada Hernández	15.187.404-5

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Magíster en Salud Comunitaria

PROPÓSITO DE LA TESIS:

- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador informal, de usuario con dependencia severa, adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán.

OBJETIVOS GENERALES DE LA TESIS:

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador informal.

- Determinar las características demográficas del cuidador informal

En base a lo anteriormente expuesto, solicito a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan realizar su investigación en dicho Centro de Salud.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

e-mail: elespino@ubiobio.cl

Fono: ☎ (042) 253085

CHILLÁN, 27 marzo de 2008

A : SRTA. MARÍA SAN MARTIN
Enfermera encargada Programa Postrados – Centro de Salud Violeta
Parra, Chillán

DE : SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora – Escuela de Enfermería

De mi consideración:

Junto con saludarle muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: ***“Nivel de Conocimiento del Cuidador Informal de Usuario con dependencia severa adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán”***, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Paola Burgos Garrido	15.700.363-1
- Viviana Figueroa Rodríguez	15.878.401-7
- Mauricio Fuentes Verdugo	15.159.028-4
- Ingrid Quijada Hernández	15.187.404-5

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Magíster en Salud Comunitaria

PROPÓSITO DE LA TESIS:

- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador informal, de usuario con dependencia severa, adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán.

OBJETIVOS GENERALES DE LA TESIS:

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador informal.
- Determinar las características demográficas del cuidador informal

En base a lo anteriormente expuesto, solicito a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan realizar su investigación en dicho Centro de Salud.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería
e-mail: elospino@ubiobio.cl
Fono: ☎ (042) 253085

6.3 ANEXO III, LISTADO DE VARIABLES

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTAS
	A. Nivel de Conocimiento del CI	Nivel de conocimiento que el cuidador informal tiene respecto a cuidados proporcionados al usuario con dependencia severa	a. 10 -11 pts: Bueno b. 7 - 9 pts: Regular c. 0 - 6 pts: Malo	Ítems III, preg. 1 a la 13
Antecedentes Demográficos	A. Sexo	Condición declarada por el encuestado.	a. Femenino b. Masculino	Ítem I preg. 1
	B. Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del cuidador informal hasta el momento de recolección de los datos para la investigación.	a. < 20 años b. 20 - 34 años c. 35 - 64 años d. d. ≥ 65 años	Ítem I preg. 2

	C. Escolaridad	Grado de enseñanza alcanzado por el cuidador informal en su proceso educativo.	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin estudios b. Básica/primaria incompleta c. Básica/ Primaria completa d. Media/ Secundaria Incompleta e. Media/Secundaria completa f. Superior incompleta g. Superior completa 	Ítem I preg. 3
	D. Percepción de la Situación económica	Forma como el cuidador informal percibe su situación económica actual	<ul style="list-style-type: none"> a. Buena b. Regular c. Mala 	Ítem I preg. 4
	E. Situación	Condición de trabajo actual,	<ul style="list-style-type: none"> a. Cesante 	Ítem I preg 4

	laboral	remunerado que realiza el cuidador informal	<ul style="list-style-type: none"> b. Dueña de casa c. Estudiante d. Jubilado - Pensionado e. Trabajo de tiempo parcial Trabajo de tiempo completo 	
Prestaciones otorgadas por el centro de salud	A. Apoyo multidisciplinario otorgado por el equipo de cabecera	Atención otorgada por el equipo de cabecera del centro de salud durante las visitas domiciliarias.	<ul style="list-style-type: none"> a. Médico b. Enfermera c. Nutricionista d. Asistente social e. Técnico paramédico f. kinesiólogo 	Ítem II preg 3
	B. Número de visitas domiciliarias anteriores por parte del equipo de cabecera	Número de visitas que ha realizado el equipo de cabecera en los últimos 6 meses previos a la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> a. 0 visita b. 1 visita c. Más de una visita 	Ítem II preg 2
	C. Número de capacitaciones	Actualización y perfeccionamiento de los	<ul style="list-style-type: none"> a. 1 Capacitación b. 2 Capacitaciones 	Ítem II preg 1

	previas	conocimientos, que entrega el equipo de salud, al cuidador informal con el fin de optimizar su desempeño y la solución de necesidades del usuario en forma oportuna.	c. Más de 2 Capacitaciones	
Antecedentes de salud del cuidador	A. Tiempo que ha cuidado al usuario	Período transcurrido desde que el cuidador informal asume la responsabilidad del cuidado del usuario hasta la recolección de los datos.	a. Menos de 1 año b. 1 – 5 años c. 5 – 10 años d. Más de 10 años	Item I preg 6
	B. Nivel de sobrecarga	Grado de percepción del cuidador informal sobre cambios físicos y psicológicos en su vida personal, social y económica por el hecho de cuidar al usuario.	a. Sin sobrecarga: 22-46 puntos b. Sobrecarga Leve: 47-55 puntos c. Sobrecarga intensa: 56-110 puntos.	
	C. Depresión	Trastorno afectivo hacia el polo de la tristeza y de los	Detecta probables casos de: a. Depresión: Cuidador tiene	

		sentimientos negativos, afecta a las personas ya sea los sentimientos, pensamientos y actitudes.	2 o más respuestas afirmativas b. No depresión: Cuidador tiene 0 o 1 respuestas afirmativas	
--	--	--	--	--

6.4 ANEXO IV: 14 NECESIDADES HUMANAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. *Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.*

INDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
1 INTRODUCCIÓN	6
1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2 PROBLEMATIZACIÓN.	10
1.2.1 PROBLEMA	10
1.2.2 PROBLEMATIZACIÓN	10
1.3 MARCO TEÓRICO – MARCO EMPÍRICO	11
1.3.1 MARCO TEÓRICO	11
1.3.2 MARCO EMPÍRICO	17
1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	22
1.5.1 OBJETIVO GENERAL I	22
1.5.2 OBJETIVO GENERAL II	22
1.5.3 OBJETIVO GENERAL III	22
1.5.4 OBJETIVO GENERAL IV	23
1.6 LISTADO DE VARIABLES	24
1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE	24
1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	24
1.6.3 PRESTACIONES OTORGADAS POR EL CENTRO DE SALUD	24
2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.1 TIPO DE DISEÑO	25
2.2 UNIVERSO Y MUESTRA	25
2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	25
2.4 ASPECTOS ÉTICOS	25
2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	26
2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR	26
2.7 PRUEBA PILOTO	28
2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	28
3 ANÁLISIS	29

3.1	ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
3.2	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	47
4	CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	50
4.1	CONCLUSIONES	50
4.2	LIMITACIONES	52
4.3	SUGERENCIAS	53
5	BIBLIOGRAFÍA	54
6	ANEXOS	59
6.1	ANEXO I, “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERFIL DEL CI DE USUARIOS CON DEPENDENCIA SEVERA”	59
6.2	ANEXO II, CARTAS DE AUTORIZACIÓN	68
6.3	ANEXO III, LISTADO DE VARIABLES	75
6.4	ANEXO IV: 14 NECESIDADES HUMANAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	80